



Nombre del Alumnos: José Sánchez Zalazar

Nombre del tema: Enfermedad trofoblástica gestacional

Parcial: 4°

Nombre de la Materia: GYO

Nombre del profesor: Dra. Sheila Anahí Urbina Hernández

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

Semestre: 6°

Ciudad: San Cristóbal de las Casas, Chis, Mx.

Fecha: 28/06/2024

ENFERMEDAD TROFOBlastica Gestacional: NEOPLASIA TROFOBlastica Gestacional

La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) se define como una complicación poco común de la gestación caracterizada por la proliferación anormal del tejido trofoblástico (METASTASICA NO METASTASICA)

CLASIFICACION

Neoplasia Trofoblástica gestacional incluye:
Coriocarcinoma, Tumor del Sitio Placentario y Tumor trofoblástico epitelial

CORIOCARCINOMA (CC)

Es el carcinoma del epitelio coriónico, una forma extremadamente maligna de tumor trofoblástico. Es un tumor anaplásico epitelial puro, que por su crecimiento y metástasis se comporta como un sarcoma.

Es una masa de color rojo o violeta, friable, de crecimiento rápido, que invade el miometrio y los vasos sanguíneos, con producción de hemorragia y necrosis. Puede afectar el endometrio.



TUMOR DEL SITIO PLACENTARIO

Es una variante rara del coriocarcinoma, que consiste en trofoblasto intermedio. Rara vez el tumor trofoblástico se desarrolla en el sitio de implantación de la placenta, luego de un embarazo normal o de un aborto.

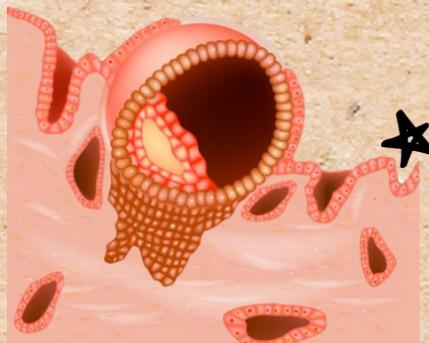
- Macroscópicamente puede verse como un nódulo polipoide hacia la cavidad endometrial que infiltra miometrio y serosa.
- Es característico de este tumor el predominio de células citotrofoblásticas, y en inmunohistoquímica se encuentran muchas células productoras de prolactina y pocas de gonadotropinas, por lo cual la producción de hCG sub β es variable o ausente.



TUMOR TROFOBlastico Epitelial

Es una variante del TTSP que se desarrolla a partir de la transformación neoplásica del trofoblasto extraveloso. Al igual que los TTSP, los TTE pueden detectarse varios años después de un parto a término.

Su diagnóstico se realiza por la aparición de infiltrados nodulares a nivel miometrial. Se ubica en el útero (30%), en el segmento (20%) o en el endocervix (20%). Puede estar en el intestino delgado y/o pulmón.



factores de riesgo

- Edad materna: se describe con más frecuencia en los embarazos que se producen en las edades extremas de la vida reproductiva (menores de 16 años y mayores de 45 años).
- Embarazo molar previo: incrementa el riesgo al 1% - 2%, mientras que luego de dos embarazos molares, el riesgo en el tercer embarazo se incrementa al 15% - 20%.
- Factores dietarios: dietas pobres en carotenos.

DX

- Evaluación clínica: Especuloscopia minuciosa. Examen ginecológico.
- hCG sub β cuantitativa semanal.
- Rx. Tórax/TAC.
- Ecografía ginecológica transvaginal.
- TAC abdominopelvicana.
- TAC o RMI de cerebro.
- Unión LCR: En pacientes con Score de ultra alto riesgo (≥ 13 puntos): TAC o RMI de cerebro negativa, con signos neurológicos sospechosos de metástasis o presunción de siembra miliar meníngea (se considera positiva cuando la relación hCG sub β LCR/ hCG sub β plasma $> 1/60$).

Tratamiento

El tratamiento de elección del EM es la evacuación uterina, mediante sistema AMEU (Aspiración Manual Endouterina) o dilatación y raspado.

Este procedimiento debe realizarse en quirófano, con venoclisis, sangre isogrupo e idealmente bajo control ecográfico para asegurar la correcta evacuación y minimizar el riesgo de perforación uterina.

POLIQUIMIOTERAPIA (COMBINACION DE AGENTES)

Ocurre en alrededor del 4% de las pacientes luego del embarazo molar y es menos frecuente luego de otros embarazos.