



**Docente: Dra. Jacqueline González Pérez.**

**Alumna: Evelin Samira Andres Velazquez.**

**Licenciatura: Medicina Humana.**

**6° semestre 2° parcial.**

**Materia: Ginecología y Obstetricia.**

**Actividad: FlashCard.**

**Tema: Enfermedad trofoblástica gestacional.**

## DEFINICIÓN

Grupo de tumores tipificados por la proliferación anormal del trofoblasto.



## CLASIFICACIÓN

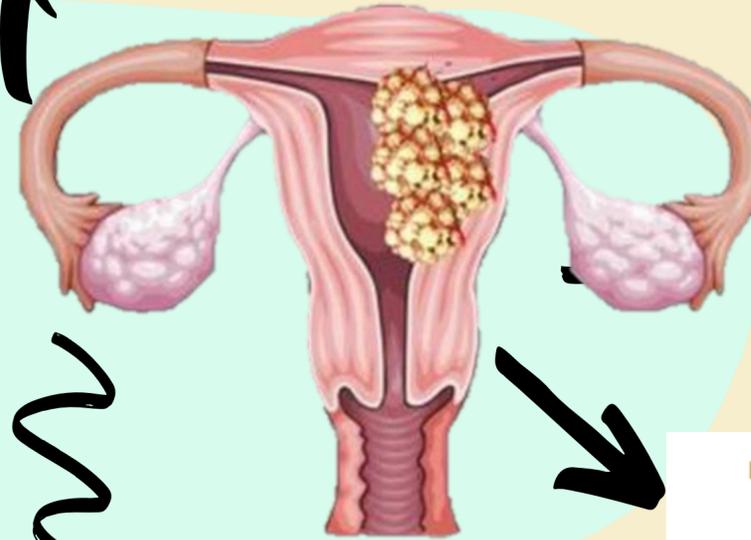
- Benignas ( Mola hidatiforme).
- Mola completa.
- Mola incompleta (parciales).
  - Malignas.
- Mola invasora.
- Coriocarcinoma.
- Tumor del sitio placentario.

## EPIDEMIOLOGÍA.

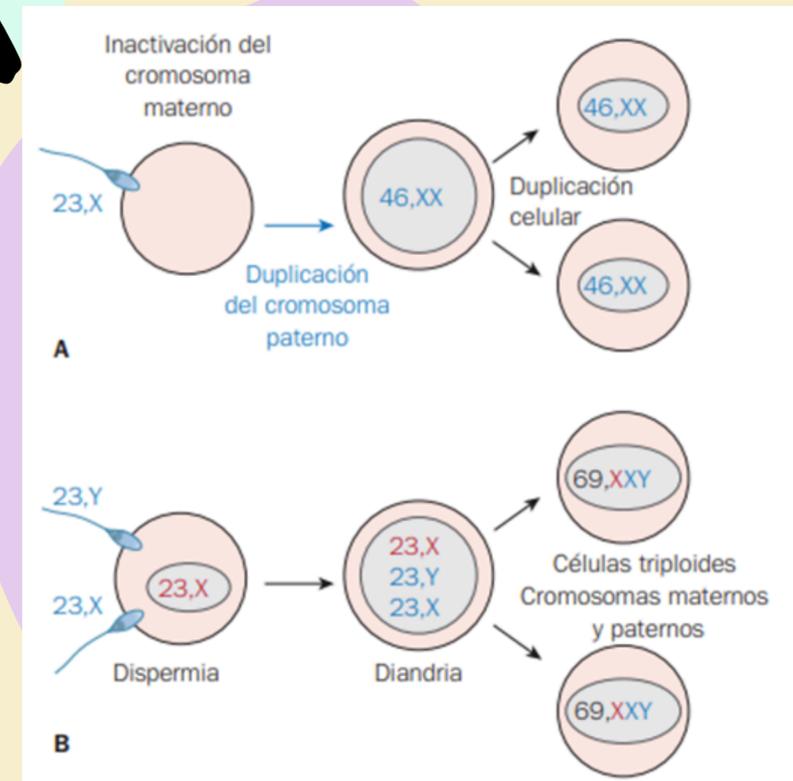
- 1 a 2 por cada 1000 embarazos.
- Factores de riesgo: edad y una mola hidatidiforme previa.



# Enfermedad Trofoblástica Gestacional.



## PATOGENIA



## CARACTERÍSTICAS

Característica	Mola parcial	Mola completa
<b>Cariotipo<sup>a</sup></b>	69,XXX o 69,XXY	46,XX
<b>Presentación clínica</b>		
Diagnóstico preliminar	Aborto completo	Gestación molar
Tamaño uterino	Pequeño para las fechas	Grande para las fechas
Quistes de teca-luteínica	Raro	25-30% de los casos
Niveles iniciales de hCG	<100 000 mIU/mL	>100 000 mIU/mL
Complicaciones médicas <sup>b</sup>	Raro 1-5% de los casos	Poco común
Tasa de GTN subsecuente		15-20% de los casos
<b>Patología</b>		
Embrión-feto	A menudo presente	Ausente
Amnios, eritrocitos fetales	A menudo presente	Ausente
Edema vellosos	Focal	Extendido
Proliferación trofoblástica	Focal, leve a moderada	Ligero a intenso
Atipia del trofoblasto	Ligero	Positivo
Inmunotinción p57 <sup>KIP2</sup>	Positivo	Negativo

## HALLAZGOS CLÍNICOS

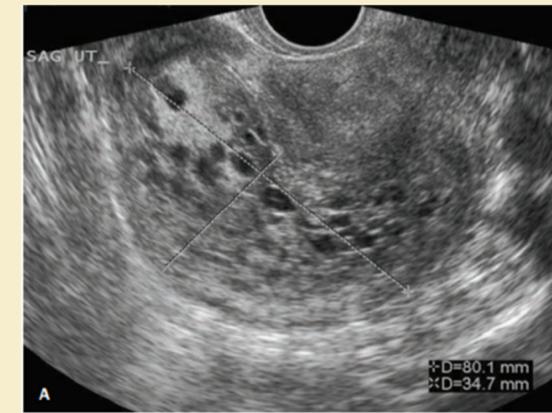
- 1 a 2 de amenorrea.
- Hemorragia uterina.
- anemia moderada.
- Náuseas y vómito.
- Crecimiento uterino.
- Presente o ausencia de latidos fetales.
- Quistes tecaluteínicos.
- Preeclampsia y eclampsia.
- Dolor en el hipogastrio.

## DIAGNÓSTICO

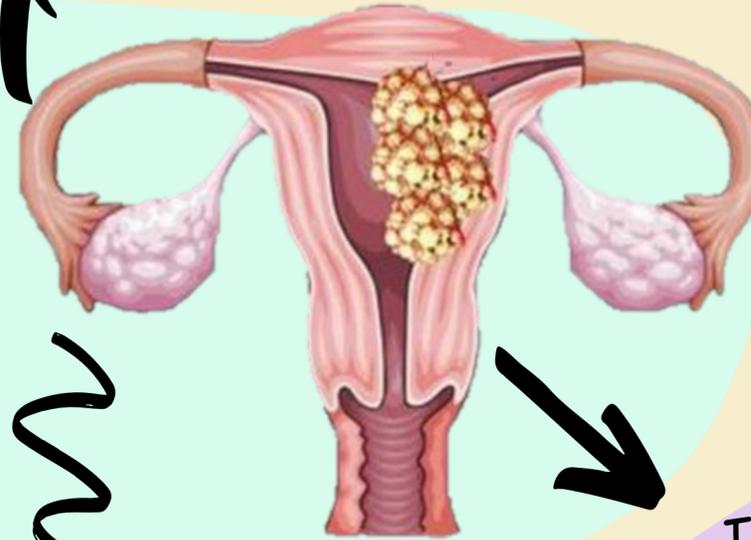
- Clínica.
- Medidores de B-hCG en suero.
- Ecografía.

## SIGNOS ECOGRÁFICOS.

- Racimos de uva.
- Tormenta de nieve.



## Enfermedad Trofoblástica Gestacional.



## MANEJO

## TRATAMIENTO

- Pariedad no satisfecha:
  - AMEU.
  - Oxitocina endovenosa.
- Pariedad satisfecha:
  - Histerectomía en bloque.

Considere la posibilidad de máquina de ecografía

### Posevacuación

Anti-D inmunoglobulina (Rhogam) si Rh D-negativo  
Iniciar anticoncepción efectiva<sup>a</sup>.

Revisar informe de patología

Niveles de hCG en suero: dentro de las 48 horas posteriores a la evacuación, semanalmente hasta que no se detecten, luego mensualmente durante 6 meses

### Preoperatorio

#### Laboratorio

Hemograma; niveles séricos de  $\beta$ -hCG, creatinina, electrólito y aminotransferasa hepática  
TSH, niveles de T<sub>4</sub> libres.

Tipo y Rh; grupo y pantalla o prueba cruzada

Radiografía de tórax

Considerar dilatación higrscópica

### Intraoperatorio

Catéter(es) intravenoso(s) de gran calibre

Anestesia regional o general

Oxitocina (Pitocin): 20 unidades en 1000 mL de lactato de Ringer para infusión continua

Se pueden agregar uno o más agentes uterotónicos según sea necesario:

Metilergonovina (Mergine): 0.2 mg = 1 mL = 1 ampolla IM cada 2 h

Trometamina de carboprost (PGF<sub>2 $\alpha$</sub> ) (Hemabate): 250  $\mu$ g = 1 mL = 1 ampolla IM cada 15-90 m

Misoprostol (PGE<sub>1</sub>) (Cytotec): comprimidos de 200  $\mu$ g para administración rectal, 800 a 1000  $\mu$ g

Cánula de Karman: tamaño 10 o 14 mm

Considere la posibilidad de máquina de ecografía

# Bibliografía

- **Williams, Obstetricia 25 edición. Mc Graw Hill.**
- **Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad trofoblástica gestacional.**

