



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

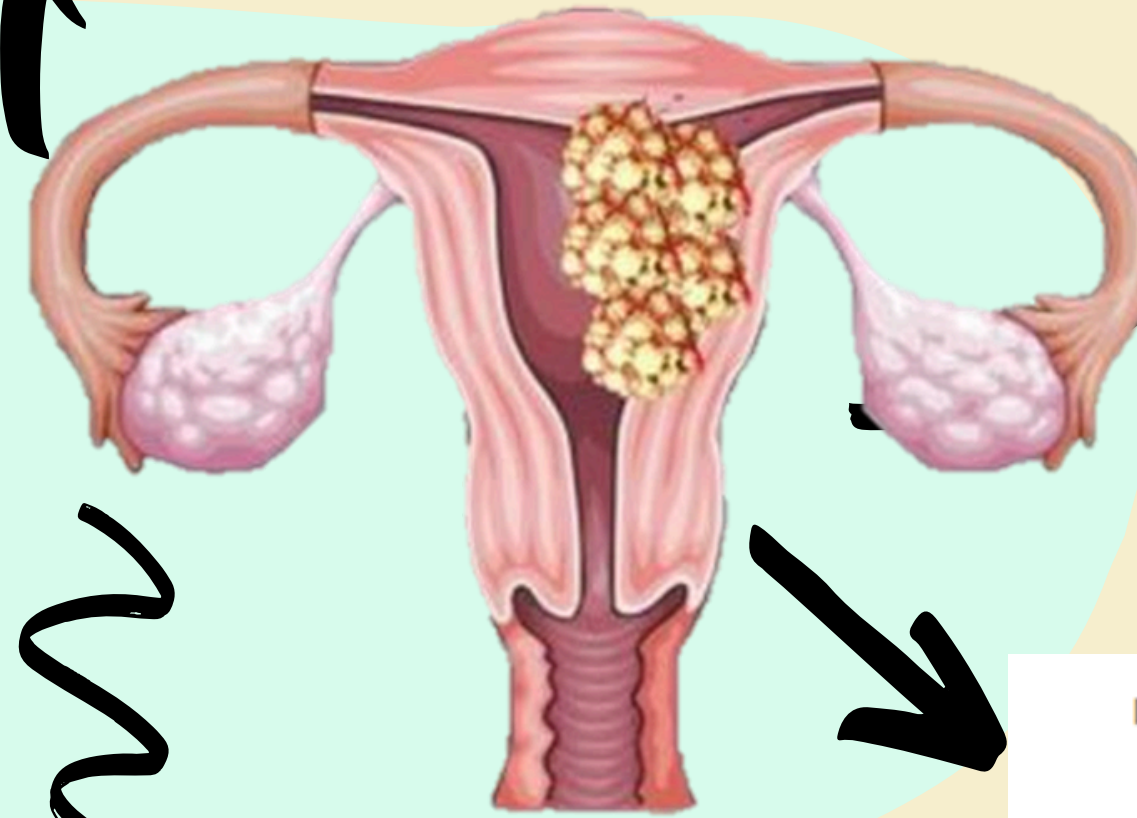
- Benignas (Mola hidatiforme).
- Mola completa.
- Mola incompleta (parciales).
 - Malignas.
- Mola invasora.
- Coriocarcinoma.
- Tumor del sitio placentario.

EPIDEMIOLOGÍA.

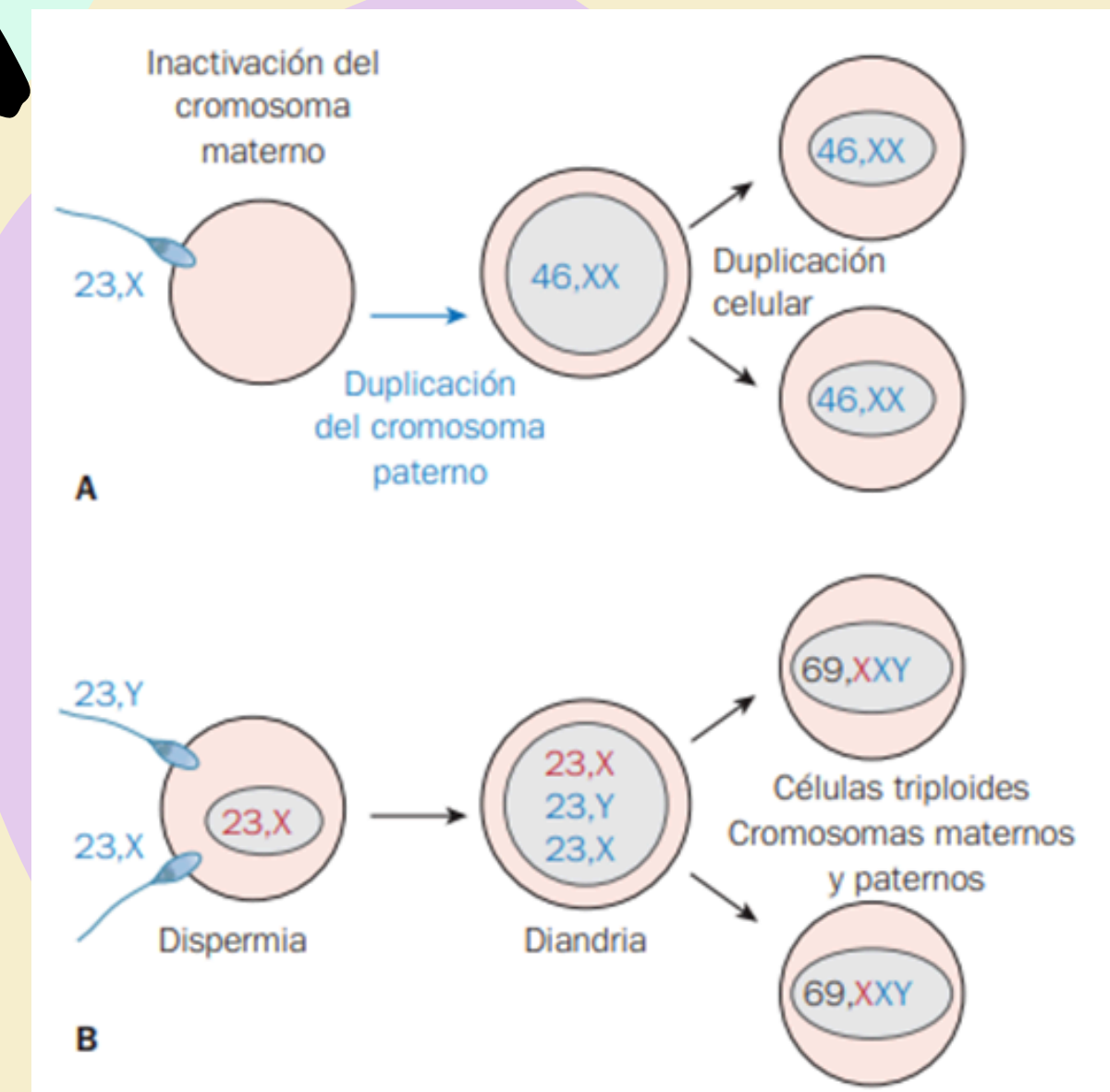
- 1 a 2 por cada 1000 embarazos.
- Factores de riesgo: edad y una mola hidatidiforme previa.



Enfermedad Trofoblástica Gestacional.



PATOGENIA



CARACTERÍSTICAS

Característica	Mola parcial	Mola completa
Cariotipo^a	69,XXX o 69,XXY	46,XX
Presentación clínica		
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 ^b	Raro 1-5% de los casos	Poco común
Tasa de GTN subsecuente		15-20% de los casos
Patología		
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 ^{KIP2}	Positivo	Negativo

HALLAZGOS CLÍNICOS

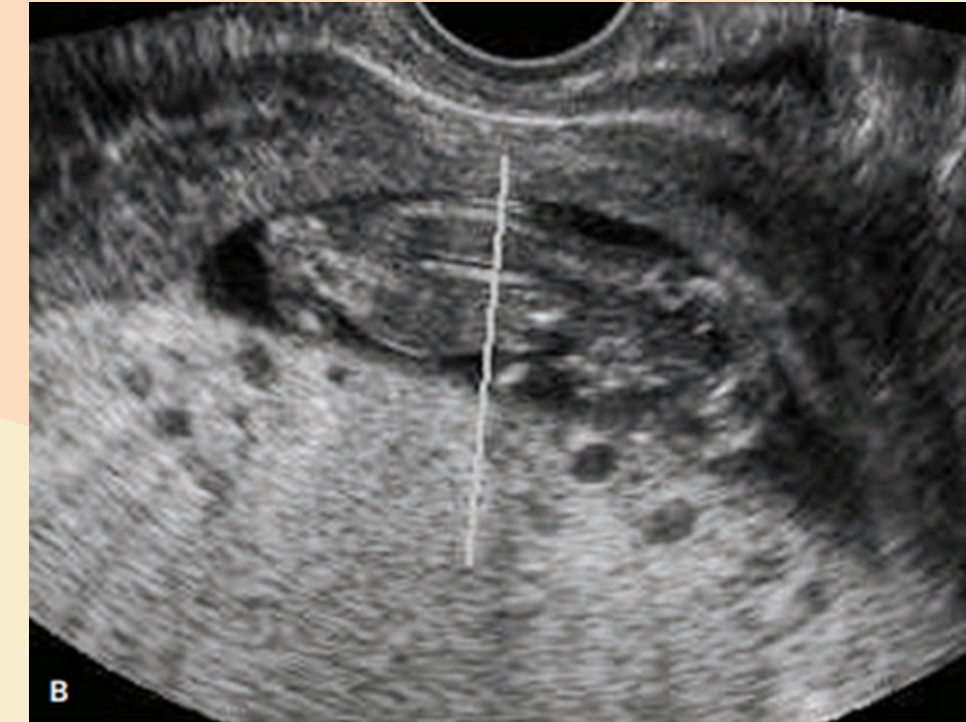
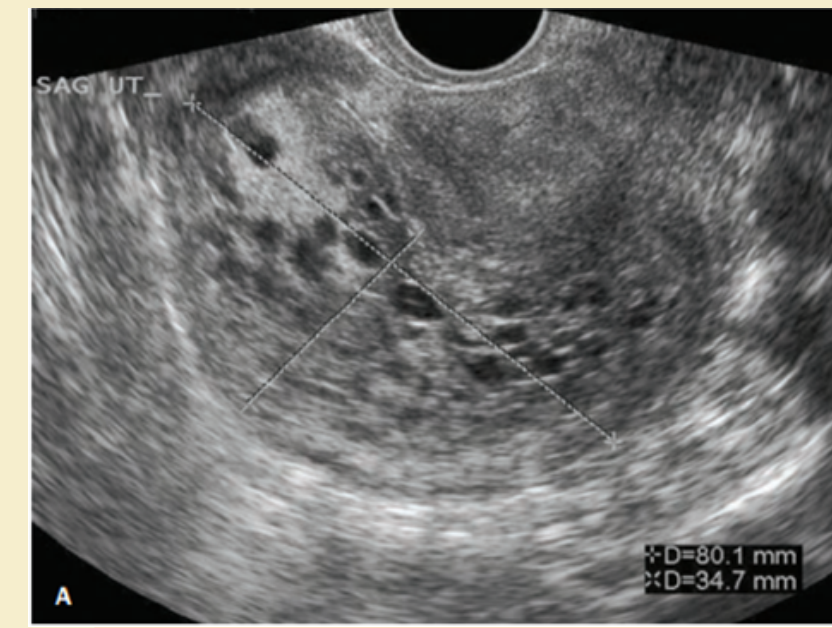
- 1 a 2 de amenorrea.
- Hemorragia uterina.
- anemia moderada.
- Náuseas y vómito.
- Crecimiento uterino.
- Presente o ausencia de latidos fetales.
- Quistes tecaluteínicos.
- Preeclampsia y eclampsia.
- Dolor en el hipogastrio.

DIAGNÓSTICO

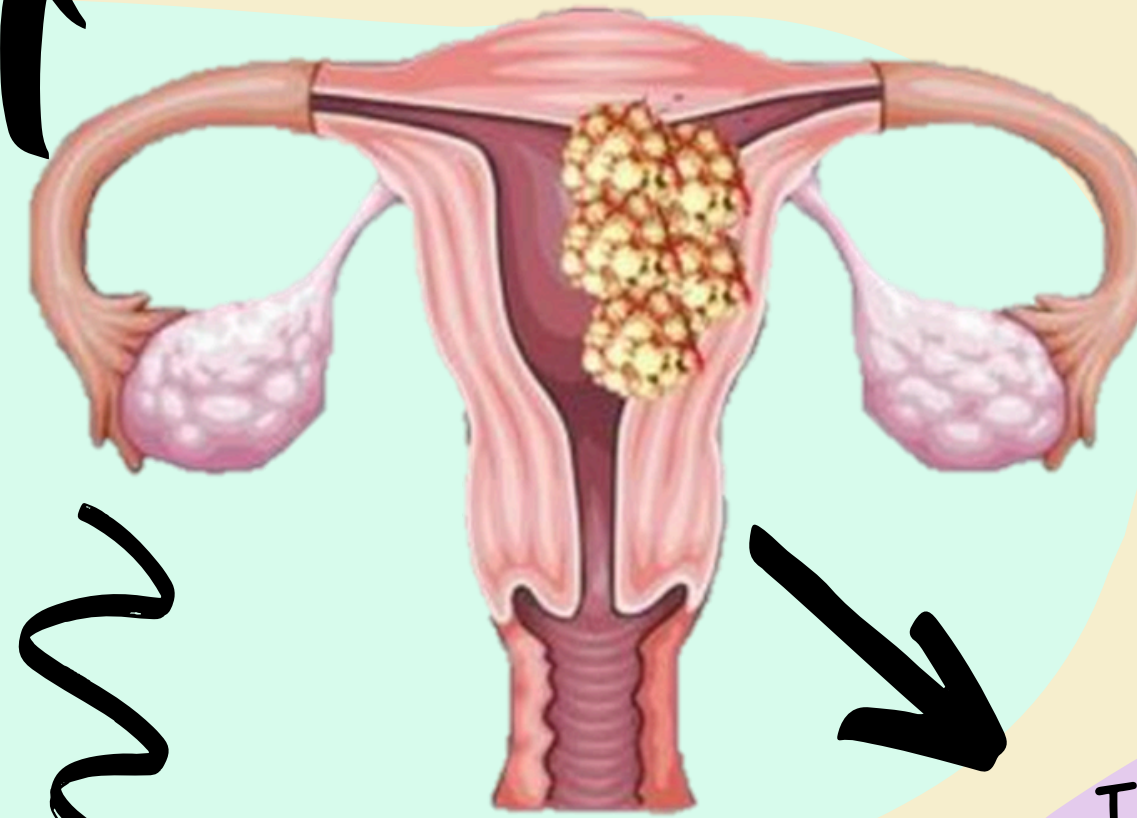
- Clínica.
- Medidores de B-hCG en suero.
- Ecografía.

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^a.

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 β -hCG, creatinina, electrólito y aminotransferasa hepática
TSH, niveles de T₄ libres.

Tipo y Rh; grupo y pantalla o prueba cruzada

Radiografía de tórax

Considerar dilatación higrscópicos

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_{2 α}) (Hemabate): 250 μ g = 1 mL = 1 ampolla IM cada 15-90 m

Misoprostol (PGE₁) (Cytotec): comprimidos de 200 μ g para administración rectal, 800 a 1000 μ 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.**

