



Julio César Morales López.

Dra. Arely Alejandra Aguilar Velasco.

Ginecología y Obstetricia.

Ginecología y Obstetricia.

Sexto Semestre.

“A”.

Comitán de Domínguez Chiapas a 01 de julio del 2025.



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
CAMPUS COMITAN
MEDICINA HUMANA**



ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

**JULIO CÉSAR MORALES LÓPEZ.
6-A. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
DRA. ARELY ALEJANDRA AGUILAR VELASCO**

PASIÓN POR EDUCAR

PASIÓN POR EDUCAR

COMITAN DE DOMINGUEZ CHIAPAS A 17 DE JUNIO DEL 2025.

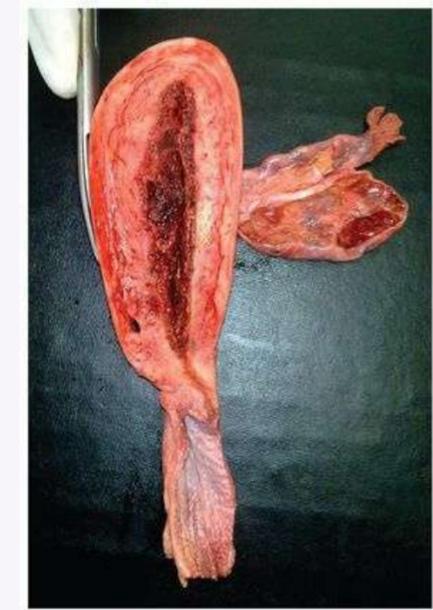
NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL.



MOLA INVASIVA.



CORIOCARCINOMA.



TUMORES.

- Sitio Placentario.
- Trofoblástico Epiteloides.

Sucedan posterior a una Mola Hidatiforme, un cuarto aborto espontáneo o un embarazo tubárico.

Se diagnostican por niveles séricos de B- hGC.

HALLAZGOS CLÍNICOS.

A medida que avanza la gestación los síntomas tienden a ser mas pronunciados en las molas completas que en las parciales.

Sangrado Uterino Irregular.

- Continuo e Intermitente.
- Hemorragia Repentina y a veces Masiva.

Hemorragía Intraperitoneal.

- Perforación Miometrial.

Clasificación

1. Mola invasora (invasive mole / choriadenoma destruens)

- **Deriva de una mola completa o parcial.**
- **Histología: presencia de vellosidades coriónicas hidrópicas que invaden el miometrio, acompañadas de proliferación trofoblástica. A diferencia del coriocarcinoma, sí conserva vellosidades coriónicas**
- **Puede causar necrosis y hemorragia local, raras veces metastatiza**



Clasificación

2. Coriocarcinoma gestacional

- Tipo maligno más común de GTN.
- Caracterizado por:
 - Proliferación y anaplasia trofoblástica intensa (citotrofoblasto + sincitiotrofoblasto).
 - Ausencia completa de corionic villi.
 - Extensas áreas de necrosis y hemorragia.
 - Alta capacidad de invasión y metástasis tempranas



Clasificación

3. Tumor trofoblástico del sitio placentario (PSTT)

- **Raro (<2 % de GTN) y deriva del trofoblasto intermedio de la implantación .**
- **Histología:**
 - **Proliferación mononuclear del trofoblasto intermedio, sin vellosidades.**
 - **Núcleos hipercromáticos, citoplasma eosinófilo o anfifílico, mitosis bajas.**
 - **Menor hemorragia y necrosis comparado con el coriocarcinoma**



Clasificación

4. Tumor trofoblástico epiteloidal (ETT)

- Aún más raro, derivado del trofoblasto intermedio tipo coriónico .
- Histología:
 - Nódulos bien definidos, con células uniformes intermedias (citoplasma eosinófilo/claros).
 - Matriz hialina tipo perlerín, necrosis “geográfica”, posible calcificación .
-



Entidad	Vellosidades coriónicas	Células trofoblásticas	Necrosis/Hemorragia	Mitoticidad
Mola invasora	Sí	Proliferación moderada	Sí, local	Moderada
Coriocarcinoma	No	Citotrof. + sincitiotrof. anaplásico	Extensa	Alta
PSTT	No	Intermedio mononuclear	Menos	Baja a moderada
ETT	No	Intermedio coriónico	Necrosis geográfica	Moderada-alta



DIAGNÒSTICO, ESTATIFICACIÓN Y PUNTAJE PRONÒSTICO



La posibilidad de **GTN** es el factor más importante en su reconocimiento.

Sangrado inusualmente persistente después de un embarazo

Debe incitar la medición

-  **De niveles séricos de β -hCG**
-  **Curetaje diagnóstico si estos están >**

Una vez que se verifica el Dx

Hemograma y los niveles séricos basales de β -hCG

Búsqueda de enfermedad local y metástasis incluye

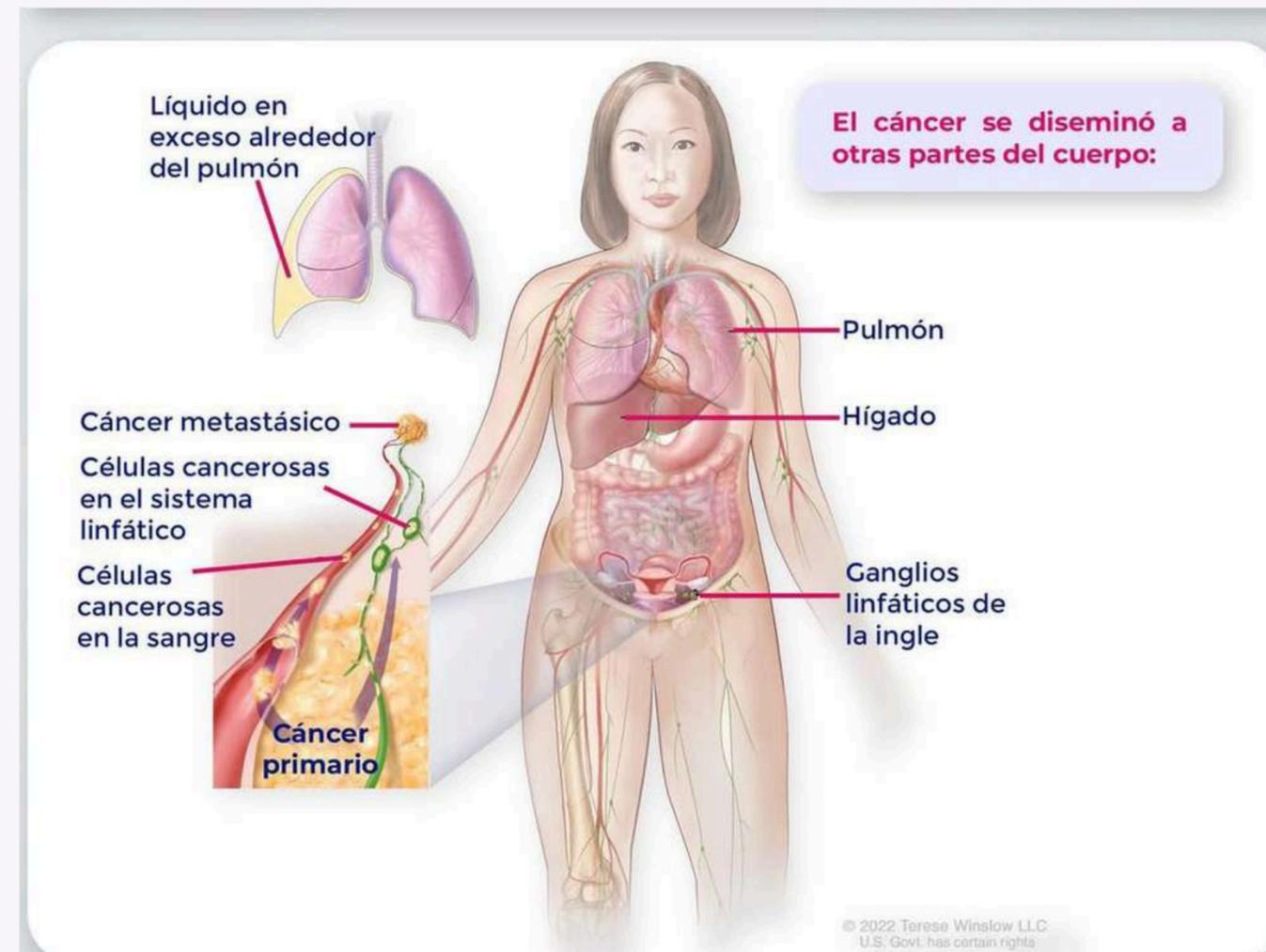
-  **Pruebas de funciones renal y hepática**
-  **Ecografía transvaginal**
-  **Radiografía de tórax**
-  **Tomografía computarizada de cerebro y abdomino-pélvica**
-  **Imágenes de MR.**

Con menos frecuencia

Tomográfica por emisión de positrones

Nivel de β -hCG

En el LCR para identificar metástasis



CUADRO 20-4 Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) Sistema de estadificación por etapa y diagnóstico para la neoplasia trofoblástica gestacional

Estadificación anatómica

Etapa I	Enfermedad confinada al útero.
Etapa II	GTN se extiende fuera del útero, pero se limita a las estructuras genitales (anexos, vagina, ligamento ancho)
Etapa III	GTN se extiende a los pulmones, con o sin afección conocida del tracto genital
Etapa IV	Todos los demás sitios metastásicos

Sistema de puntuación pronóstico modificado de la Organización Mundial de la Salud (WHO)^a

Resultado ^b	0	1	2	4
Edad (años)	<40	≥40	—	—
Antecedente embarazo	Mola	Aborto	Término	—
Intervalo después del embarazo índice (meses)	<4	4-6	7-12	>12
Pretratamiento β-hCG de suero (mIU/mL)	<10 ³	10 ³ a 10 ⁴	10 ⁴ a 10 ⁵	≥10 ⁵
Tamaño del tumor más grande (incluido el útero)	<3 cm	3-4 cm	≥5 cm	—
Número de metástasis	—	Bazo, riñón	GI	Higado, cerebro
Número de metástasis	—	1-4	5-8	>8
Medicamentos fallidos de quimioterapia anteriores	—	—	1	≥2

^a Adaptado por la FIGO.

^b Riesgo bajo = puntuación de la OMS de 0 a 6; alto riesgo = puntuación de la WHO ≥7.

β-hCG: beta gonadotropina coriónica humana; GI (gastrointestinal): gastrointestinal; GTN, neoplasia trofoblástica gestacional.

Adaptado con permiso del FIGO Committee on Gynecologic Oncology. Current FIGO staging for cancer of the vagina, fallopian tube, ovary, and gestational trophoblastic neoplasia. *Int J Gynecol Obstet* 2009 Apr;105(1):3-4.

Bajo riesgo

Mujeres con puntuaciones de 0 a 6 de la WHO

Alto riesgo

Puntuación ≥ 7

Tratamiento



Tratamiento para ETG



- El manejo óptimo es en centros especializados por oncólogos.
- Pronóstico excelente, incluso con enfermedad diseminada.

- Tratamiento primario: Quimioterapia.
- Histerectomía: opción en casos específicos como tratamiento adyuvante o primario.

Quimioterapia: Bajo Riesgo



Monoterapia es suficiente para

- GTN no metastásica.
- GTN metastásica de bajo riesgo.

Agentes comunes

- Metotrexato (menos tóxico).
- Actinomicina D

Tratamiento se mantiene hasta que β -hCG es indetectable.

Quimioterapia: Alto Riesgo



Se utiliza quimioterapia combinada.

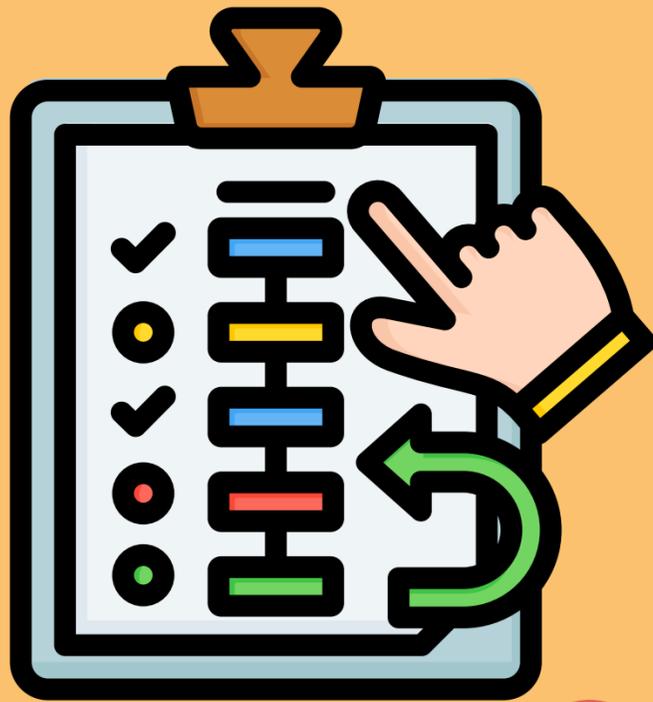
Régimen común: EMA-CO

- Etopósido
- Metotrexato
- Actinomicina D
- Ciclofosfamida
- Vincristina (Oncovin)Actinomicina D

Tasa de curación = 90%

Puede requerirse cirugía o radioterapia adyuvante.

Seguimiento Posterior al Tratamiento



Vigilancia serológica por 1 año (niveles de β -hCG).

Anticoncepción efectiva es crucial:

- Evita efectos teratogénicos.
- Evita confusión diagnóstica (embarazo vs. recurrencia).

Si hay embarazo en este periodo, la mayoría cursa con resultado favorable.



EMBARAZO POSTERIOR



EMBARAZO POSTERIOR

mujeres con mola hidatidiforme previa



no tienen alteración de la fertilidad



resultados de sus embarazos suelen ser normales

2% de desarrollar enfermedad trofoblástica en un embarazo posterior



evaluación ecográfica en el embarazo temprano y posteriormente



Si hay indicación

Px que hayan completado con éxito la quimioterapia con GTN que retrasen el embarazo durante 12 meses



- **no tienen alteración de la fertilidad**
- **Embarazos normales**



EMBARAZO POSTERIOR

**Después del
tratamiento de la
mola hidatidiforme o
GTN**



**Análisis patológica:
placenta o los productos de la
concepción**

**nivel sérico de β -hCG se mide 6 semanas después del
parto**



CRITERIOS DE CONTRAREFERENCIA



Mola hidatiforme completa y parcial

EL MANEJO DE LA MOLA DEBERA SER UNA UNIDAD HOSPITALARIA EN LA CUAL CUENTE CON UCIA, BANCO DE SANGRE Y SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA.

1.-Todas las pacientes en primer nivel con diagnóstico de Embarazo Molar serán referidas a un segundo nivel.

2.- En el segundo nivel podrán ser tratadas aquellas pacientes con diagnósticos de: Mola Completa, Mola Parcial con remisión de la enfermedad y sin complicaciones médicas.

3.- Las pacientes pasarán de un segundo a un tercer nivel cuando:

- a) Cuenten con el diagnóstico post-evacuación de MH de alto riesgo (candidatas a quimioterapia profiláctica).
- b) Pacientes con diagnóstico de Mola Invasora, Coriocarcinoma y Tumor del Sitio Placentario).
- c) Pacientes con enfermedad metastásica.



Mola hidatiforme completa y parcial

A) Bajo riesgo para desarrollo de NTG:

Vigilancia en el servicio de Obstetricia

Se enviará de β hGC o hGC en orina de 24 horas según criterios de inactividad de la enfermedad; se enviará a segundo nivel con reporte histopatológico de mola hidatidiforme y con negativización de hGC.

B) Alto riesgo para desarrollo de NTG:

Vigilancia en el servicio de Oncología

Alta a HGZ posterior a negativización de β hGC o hGC en orina de 24 hrs según criterios de inactividad de la enfermedad.



Neoplasia trofoblástica gestacional Vigilancia y Tratamiento en el servicio de Oncología.

a) Bajo riesgo

Alta a HGZ posterior a negativización de β hGC o hGC en orina de 24 horas según criterios de inactividad de la enfermedad durante un año posterior a la normalización

b) Alto riesgo

Alta a HGZ posterior a negativización de β hGC o hGC en orina de 24 horas según criterios de inactividad de la enfermedad durante 5 años posterior a la normalización.



¡Muchas
gracias!

BIBLIOGRAFIA:

