



Erivan Robely Ruiz Sánchez.

Dra. Arely Alejandra Aguilar Velasco

Enfermedad trofoblástica.

Ginecología y obstetricia

Sexto "A"

Comitán de Domínguez Chiapas a 01/07/2025.

Enfermedad trofoblástica

MOLA HIDATIFORME

ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL





ÍNDICE

Definición	01
Clasificación	02
Epidemiología	03
Factores de riesgo	04
Fisiopatología	05
Cuadro clínico	06
Diagnóstico	07
Tratamiento	08
Criterios de referencia	09

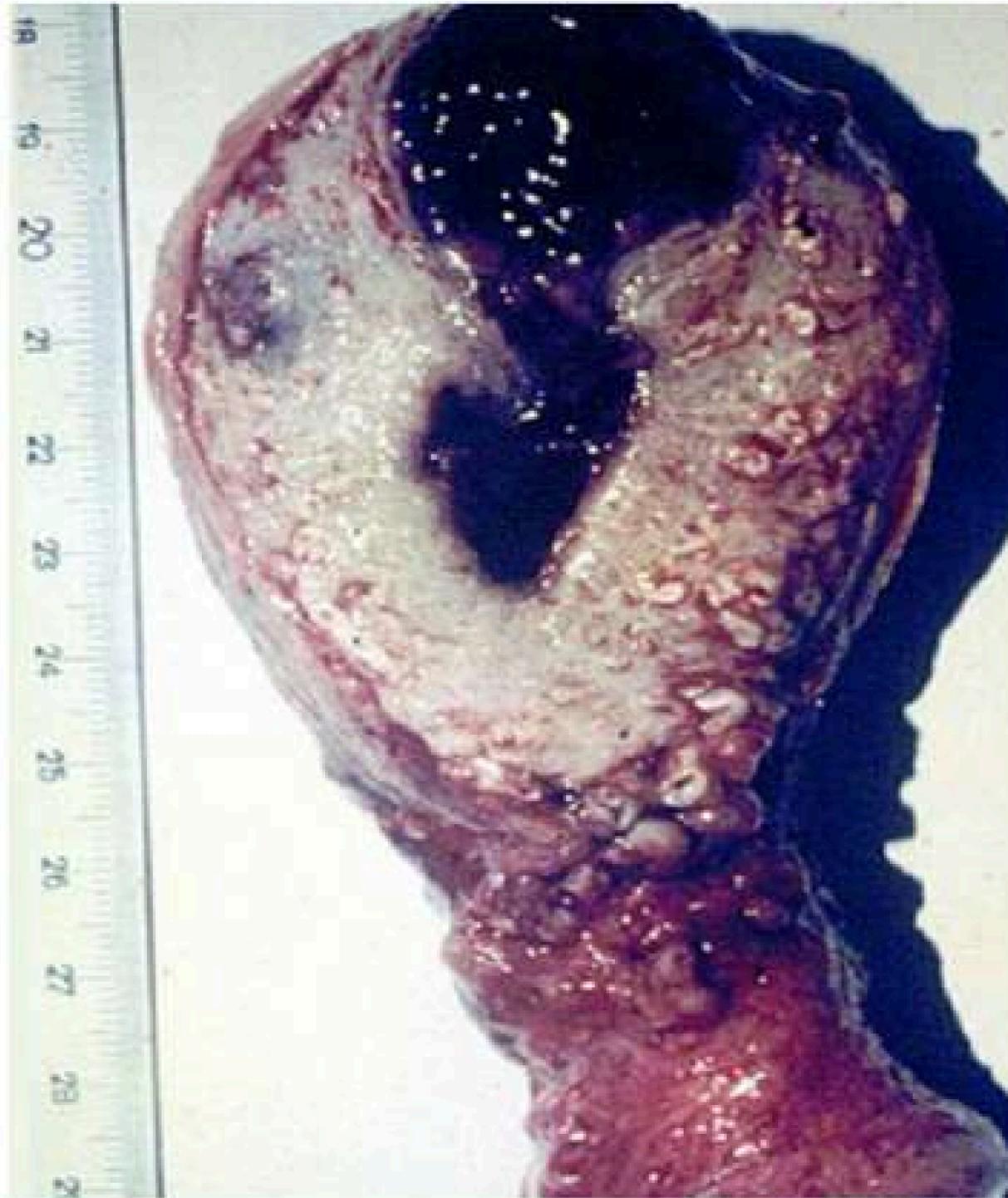




DEFINICIÓN

Coriocarcinoma

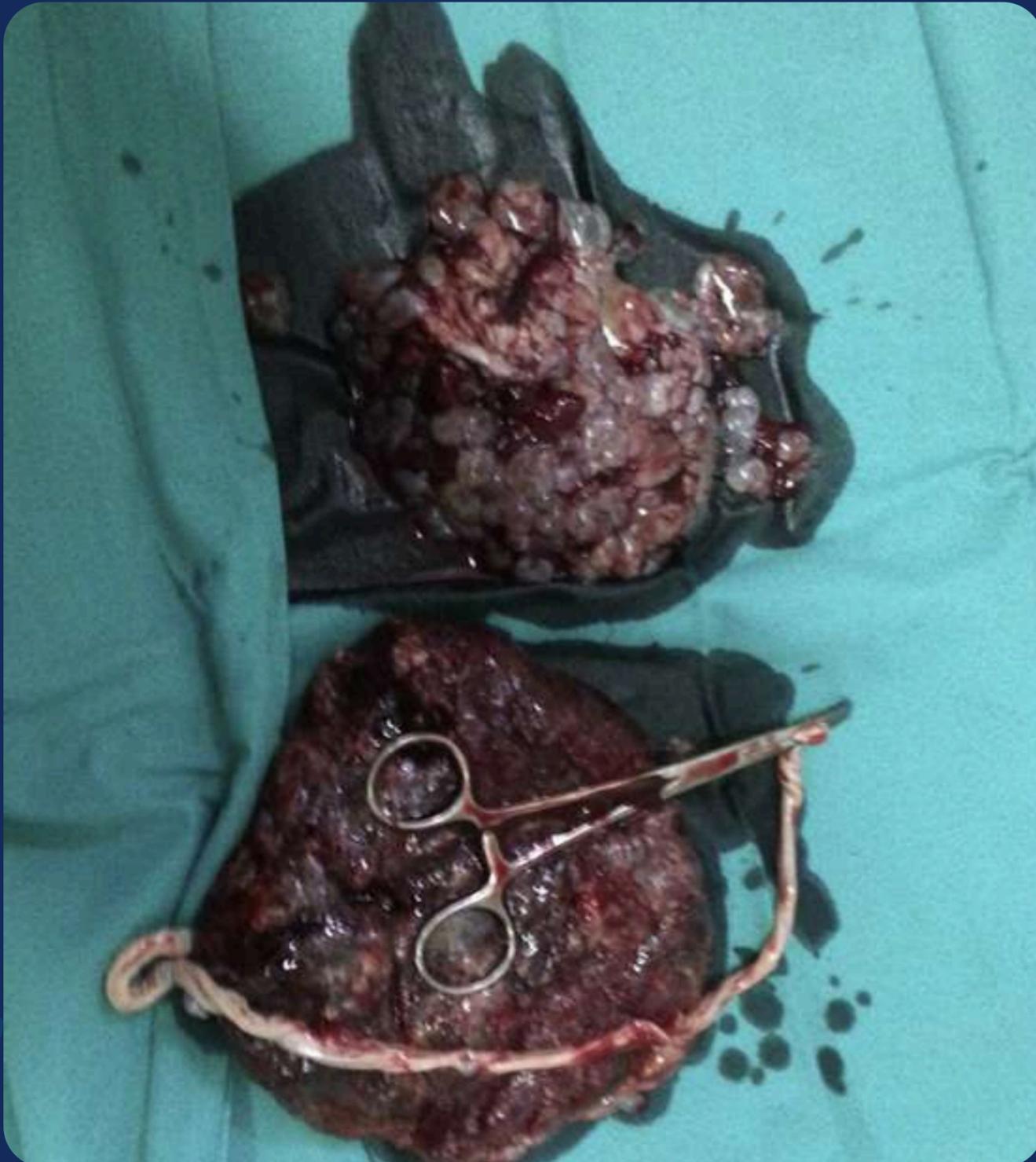
Tumor maligno del epitelio trofoblástico. Está compuesto por sincitio y citotrofoblasto anaplásico y células gigantes multinucleadas, que invade y puede dar metástasis a sitios distantes.



DEFINICIÓN

Mola completa

- Ausencia de tejido embrionario o fetal. Degeneración hidrópica de vellosidades coriales, hiperplasia trofoblástica difusa con atipia difusa y marcada del trofoblasto en el sitio de la implantación molar.



DEFINICIÓN

Mola invasora (corioadenoma destruens)

- Es una lesión localmente invasora, que rara vez da metástasis a distancia, caracterizada por invasión local al miometrio sin involucrar al estroma endometrial.



DEFINICIÓN

Mola Parcial

- Presencia de tejido embrionario o fetal. Hiperplasia trofoblástica focal, variabilidad marcada en el tamaño de las vellosidades con importante edema y cavitación, presentando inclusiones prominentes en el estroma trofoblástico de las vellosidades, presentandose ocasionalmente atipia focal y leve del trofoblasto en el sitio de implantación.



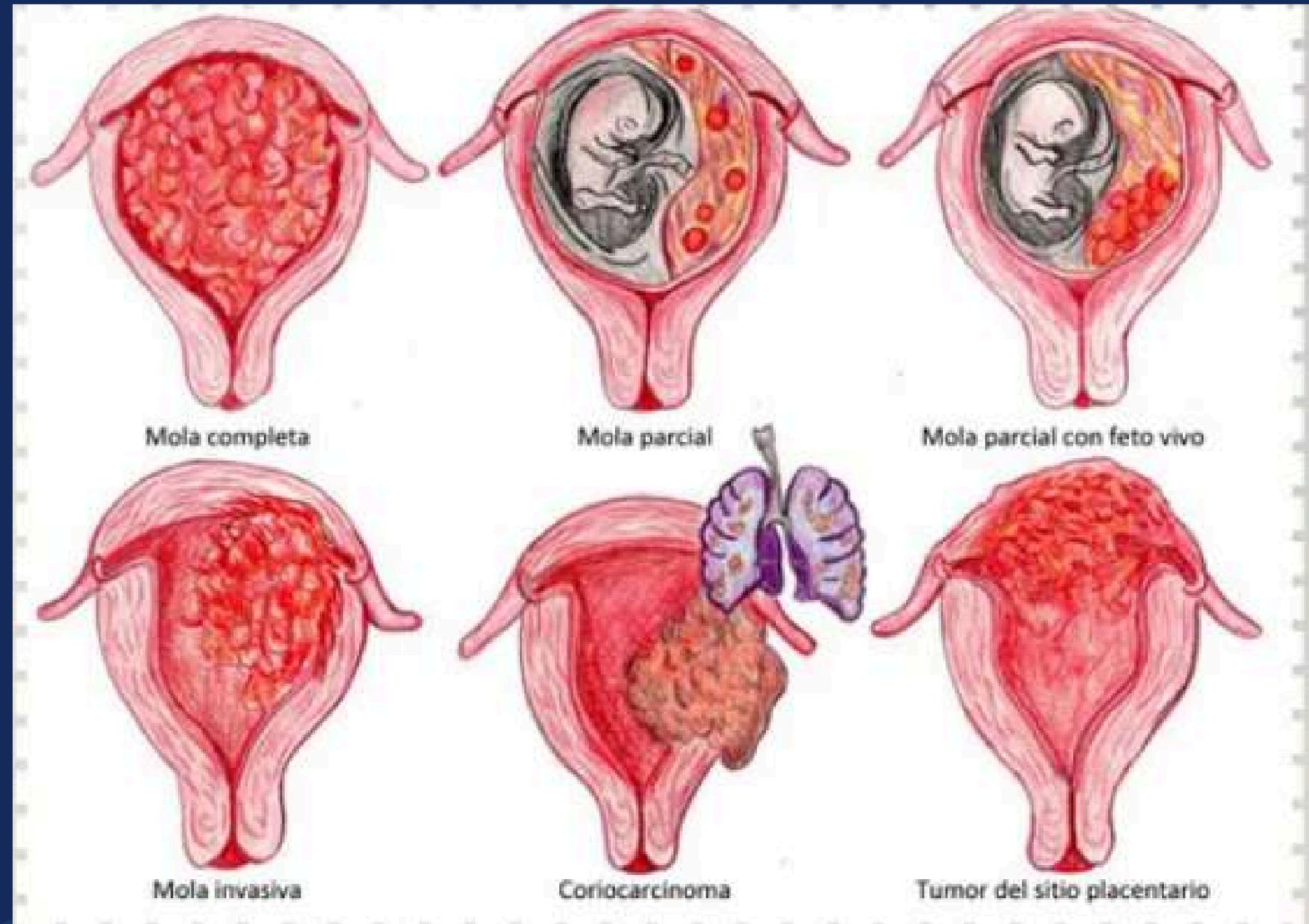
DEFINICIÓN

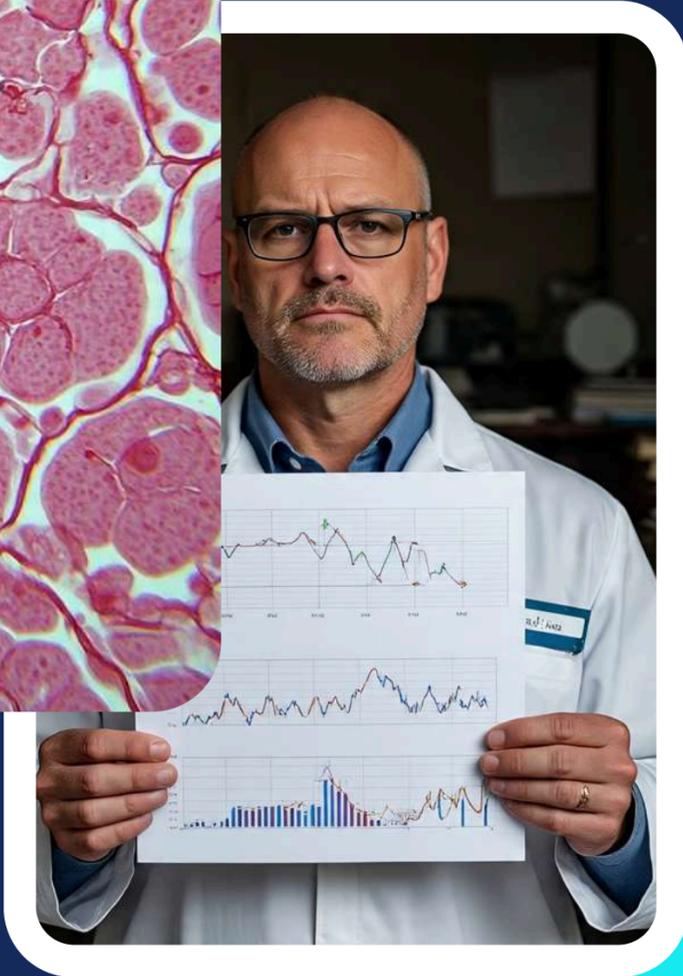
Tumor del sitio placentario

- Es un tumor extremadamente raro. Se origina en el sitio de implantación de la placenta y deriva de células del trofoblasto intermedio de la placenta, las cuales se identifican por la secreción de lactógeno placentario y pequeñas cantidades de fracción beta de hormona gonadotropina coriónica. No contiene vellosidades coriales.



mola hidatiforme	neoplasia trofoblastica hestacional
mola hidatiforme completa	mola invasiva
mola hidatiforme parcial	coriocarcinoma
	tumor del lecho placentario
	tumor trofoblástico epitelióide





EPIDEMIOLOGIA

En México es de 2.4 por cada 1000 embarazos.

La incidencia de mola invasora ocurre en 1 de cada 40 embarazos molares y en 1 de cada 150 000 embarazos normales.

La ETG se puede presentar posterior a un embarazo molar, un embarazo normal, aborto o embarazo ectópico.

FACTORES DE RIESGO

edad >40 años

Aborto espontaneo previo

Antecedentes de un embarazo molar

Múltiparidad

Factores Genéticos

Uso de anticonceptivos orales

consumo de alcohol y tabaco

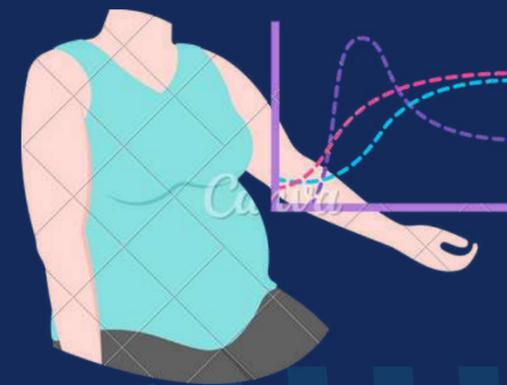
Dieta baja en proteínas y vitaminas como: Ácido fólico.



CUADRO CLINICO

- Amenorrea
- Sangrado anormal → Anemia
- ↑ hCG → Hiperemesis gravídica
- Crecimiento anormal del útero
- HTA <20 SDG → Preeclampsia y eclampsia
- no hay FCF - mola completas
- Aborto molar espontáneo - mola parcial
- Hipertiroidismo (Tormenta tiroidea)
- Embolización trofoblástica → Disnea

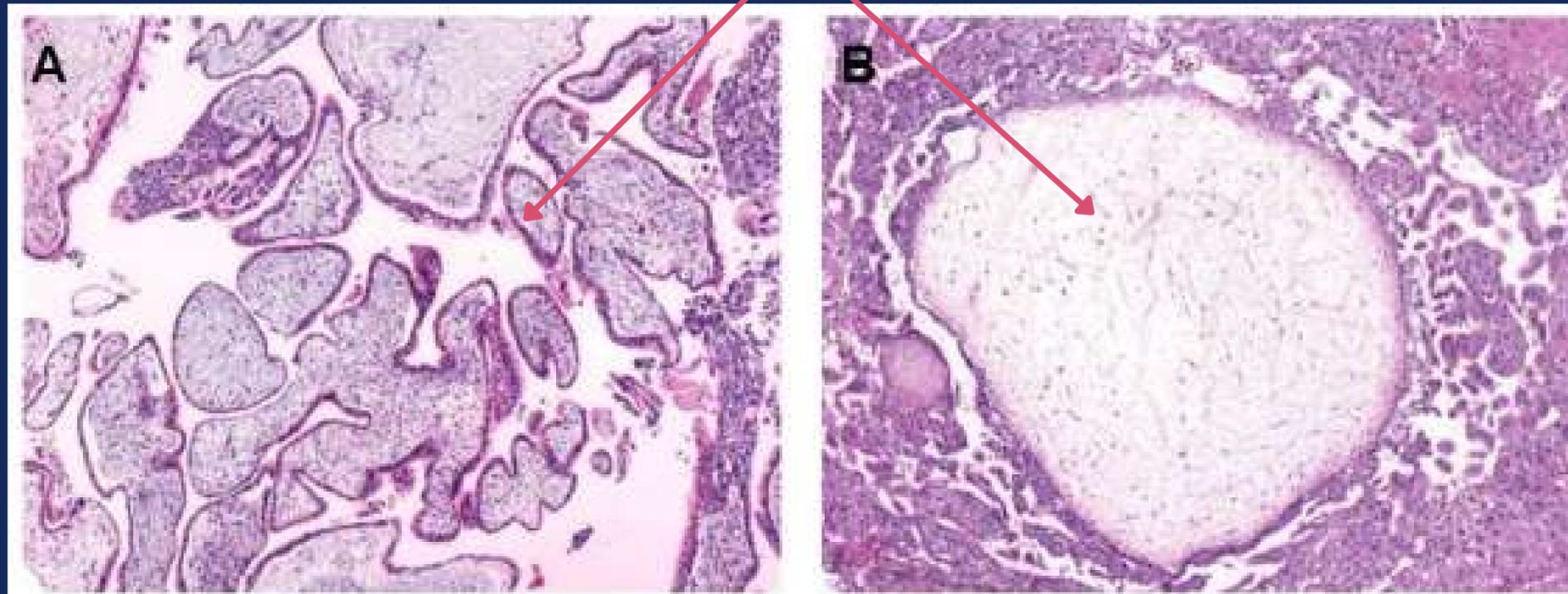
COMPLICACIONES



Histología

PROLIFERACION DE TROFOBLASTOS Y
VELLOSIDADES CON EDEMA ESTROMAL

Vellosidades coriónicas



Focal

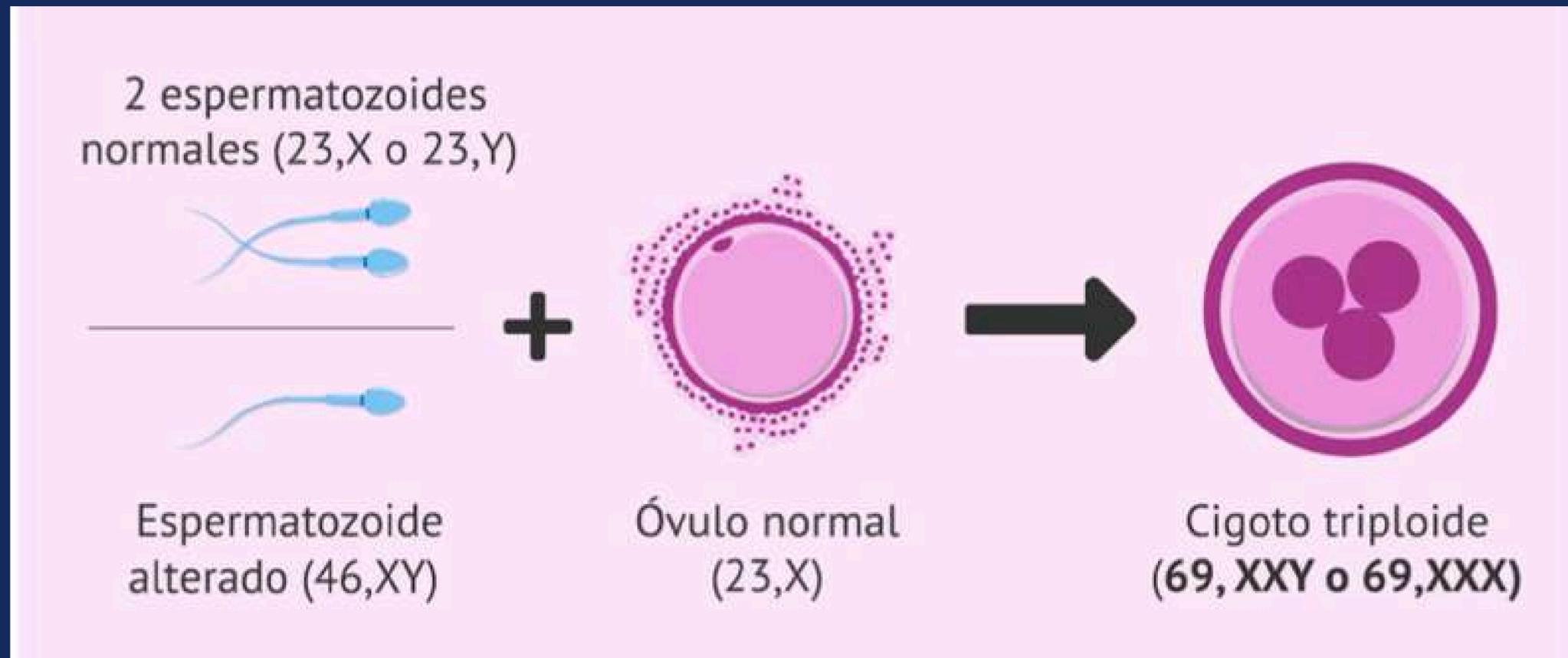
Difuso

Mola hidatiforme parcial

Mola hidatiforme completa

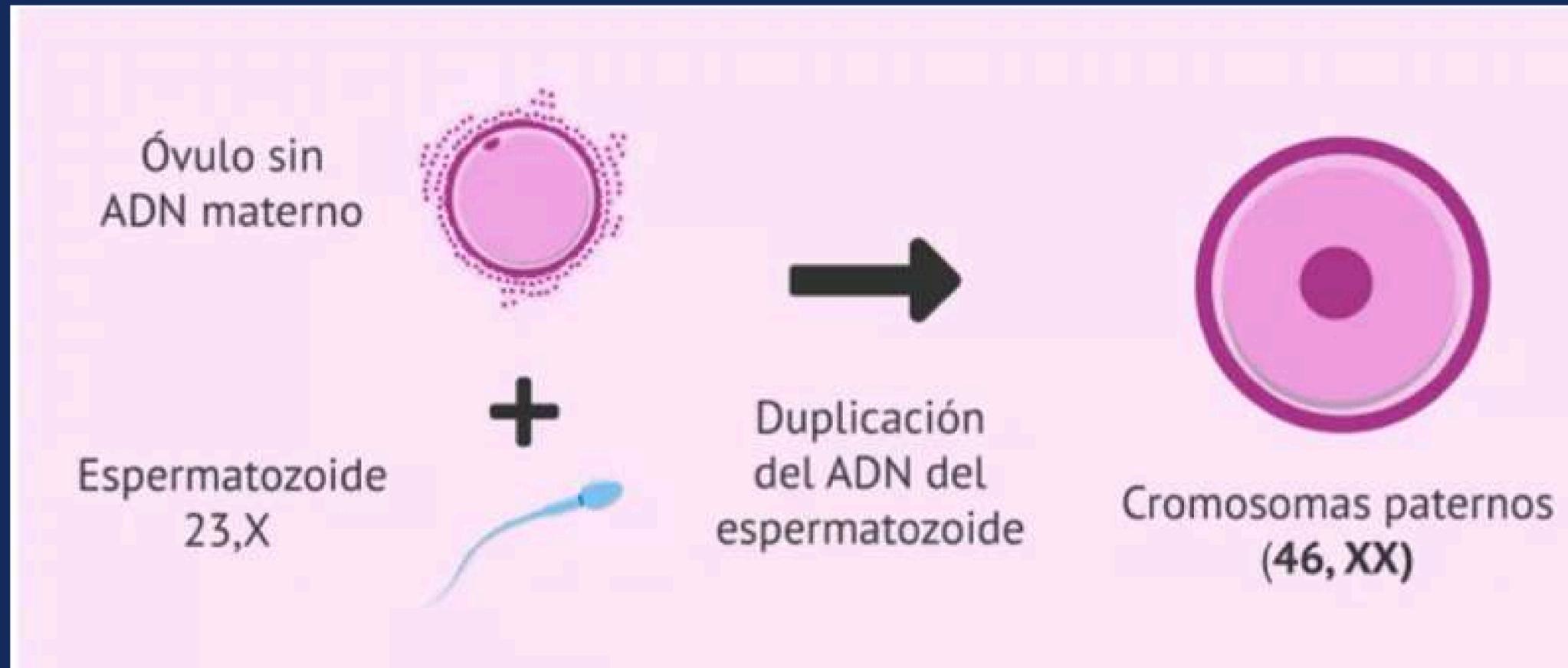
Mola hidatiforme parcial

FISIOPATOLOGIA



Mola hidatiforme completa

FISIOPATOLOGIA



Mola hidatiforme parcial

Óvulo normal + 2 espermatozoides sanos (dispermia) o 1 espermatozoide alterado
Triploide : 69 XXX-XXY , con material genético materno y paterno duplicado.
SI
aborto espontáneo
Elevados
menor o adecuado para la edad gestacional.
Edema e inclusiones focales en el estroma trofoblástico de las vellosidades.



fisiopatología

cariotipo

Feto

aborto

hCG

Tamaño utero

Tipo de edema

Mola hidatiforme Completa

<u>Ovulo sin material genético</u> + 1 espermatozoide sano
Diploide :46 XX-XY ,Pero todo de origen paterno (óvulo vacío fecundado por uno o dos espermatozoides).
NO
aborto retenido o incompleto
Muy elevados
mayor de lo esperado para la edad gestacional.
Edema difuso de las vellosidades coriales "racimos de uvas"



DIAGNOSTICO

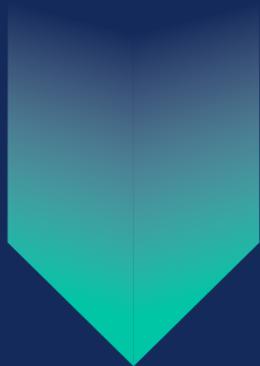
Primer trimestre:

- Hemorragia uterina anormal
- Mayor CUT al esperado por edad gestacional
- Ausencia de FCF
- Presencia de quistes tecaluteínicos
- Hiperémesis gravídica
- Hipertensión gstional en las primeras 20 SDG
- Niveles elevados de hormona HGC

DIAGNOSTICO

En pacientes que hayan tenido:

- Aborto
- Embarazo de término, pre término
- Embarazo molar que presenta sangrado uterino anormal
- Síntomas respiratorios o neurológicos

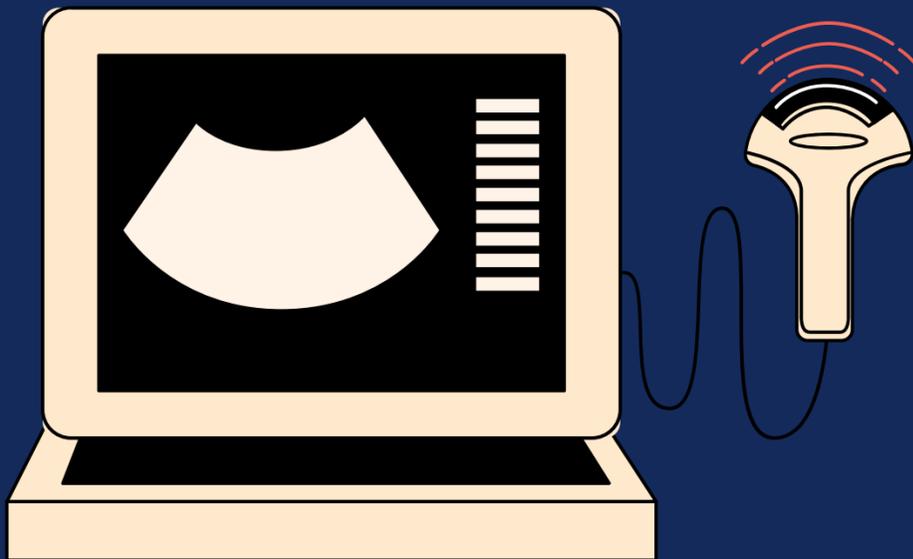


Sospechar ETG y solicitar niveles de hGC



DIAGNOSTICO

Utilidad de la ultrasonografía



1. Patrón difuso ecogenico mixto
2. Presencia de quistes tecaluteínicos
3. En caso de mola parcial o incompleta: se puede encontrar la presencia de feto
4. Sospecha de invasión de miometrio

USG: valor limitado en embarazos con mola parcial



Cuadro clínico y niveles de BhCG

DIAGNOSTICO

Utilidad de la determinación del cariotipo fetal

Solo se recomienda en aquellos embarazos múltiples que coexisten con feto vivo con placenta normal en un saco gestacional y otro saco gestacional con mola completa o parcial



Ambos padres deciden continuar con el embarazo y firman el consentimiento informado



DIAGNOSTICO

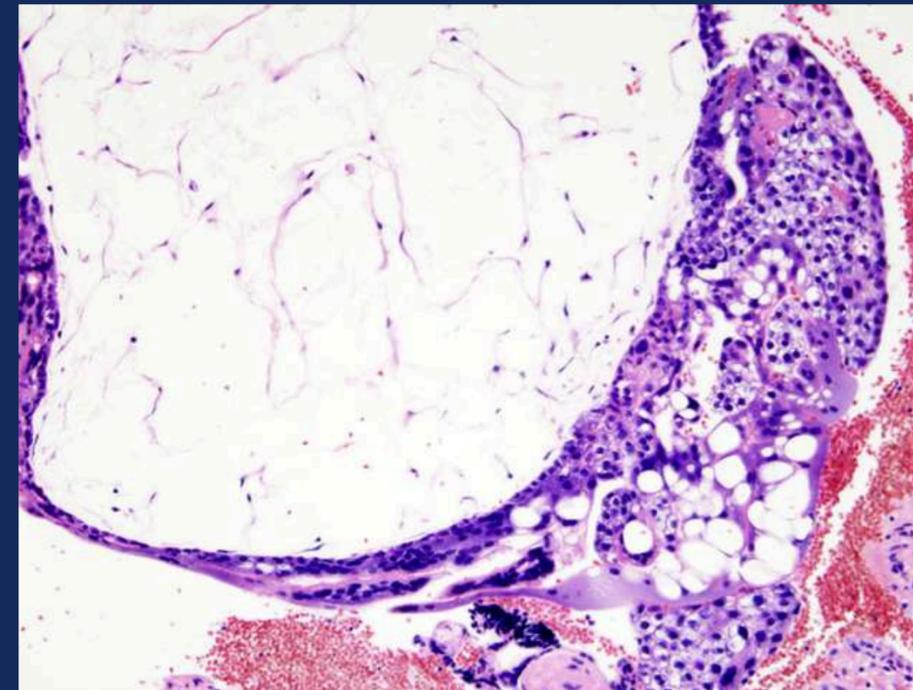
Dx histopatológico

CRITERIO DEFINITIVO



En pacientes que hayan tenido:

- Aborto
- Embarazo de término, pre término
- Embarazo molar que presenta sangrado uterino anormal
- Síntomas respiratorios o neurológicos



TRATAMIENTO

- Cuatro mediciones de β hGC en los días 1, 7, 14 y 21 pos evacuación que se mantenga en meseta en valores con fluctuaciones de $\pm 10\%$.
- Tres mediciones de β hGC los días 1, 7 y 14 pos evacuación con incrementos mayores de 10%.
- Que la β hGC persista detectable después de los 6 meses pos evacuación.

- Diagnóstico histológico de coriocarcinoma

- Metástasis en hígado, cerebro y tracto gastrointestinal o pulmonar mayores de 2 cm en tele de tórax.



TRATAMIENTO

Cuando se considera remisión

Nivel de hGC menor a 5 UI/L en cada una de tres determinaciones semanales consecutivas



TRATAMIENTO

Falla al tratamiento

- Disminución menor de 10% el nivel basal de hGC en 3 mediciones consecutivas semanales
- Incremento del nivel de hGC mayor de 20% en 2 determinaciones semanales consecutivas
- Aparición de metástasis durante el tratamiento.



TRATAMIENTO

Fármacos

- PX de bajo riesgo:



Actinomicina

- PX de alto riesgo:



1. EMA/CO
2. MAC o EMA-CE
3. CHAMOMA o CHAMOCA



La histerectomía temprana puede reducir los ciclos de quimioterapia y reducir los efectos tóxicos con una rápida remisión



TRATAMIENTO

Indicaciones de histerectomía

- Tumor del sitio placentario
- Hemorragia uterina severa o sepsis
- Persistencia endouterina de la NTG a pesar de quimioterapia
- Pacientes con paridad satisfecha con NTG confinada al útero.
- Antes o después de la quimioterapia en aquellas pacientes consideradas de alto riesgo.



Todas las pacientes en 1er nivel con diagnóstico de mola



Referir a 2do nivel



De 2do a 3er nivel cuando:

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

CRITERIOS DE REFERENCIA

El manejo de la mola debe ser en unidad hospitalaria con UCIA, bancos de sangre y servicio de anestesiología


**Thank
You !!!!!!!!!!!!!!!**



