

CESAR FELIPE MORALES SOLIS

**DRA. ARELY ALEJANDRA AGUILAR
VELASCO**

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PLATAFORMA

6

PASIÓN POR EDUCAR

A

NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL.

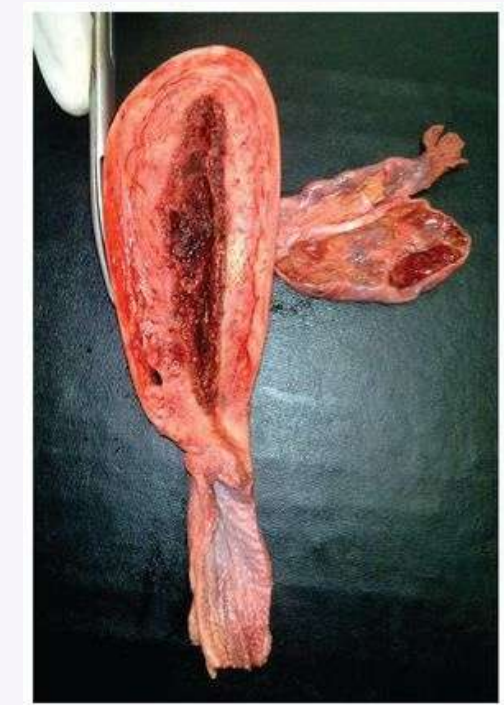


MOLA INVASIVA.

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.

Clasificacion

1. Mola invasora (invasive mole / chorioadenoma 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 (citotrofblasto + sincitiotrofblasto).
 - 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



Clasificacion

4. Tumor trofoblástico epiteloide (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

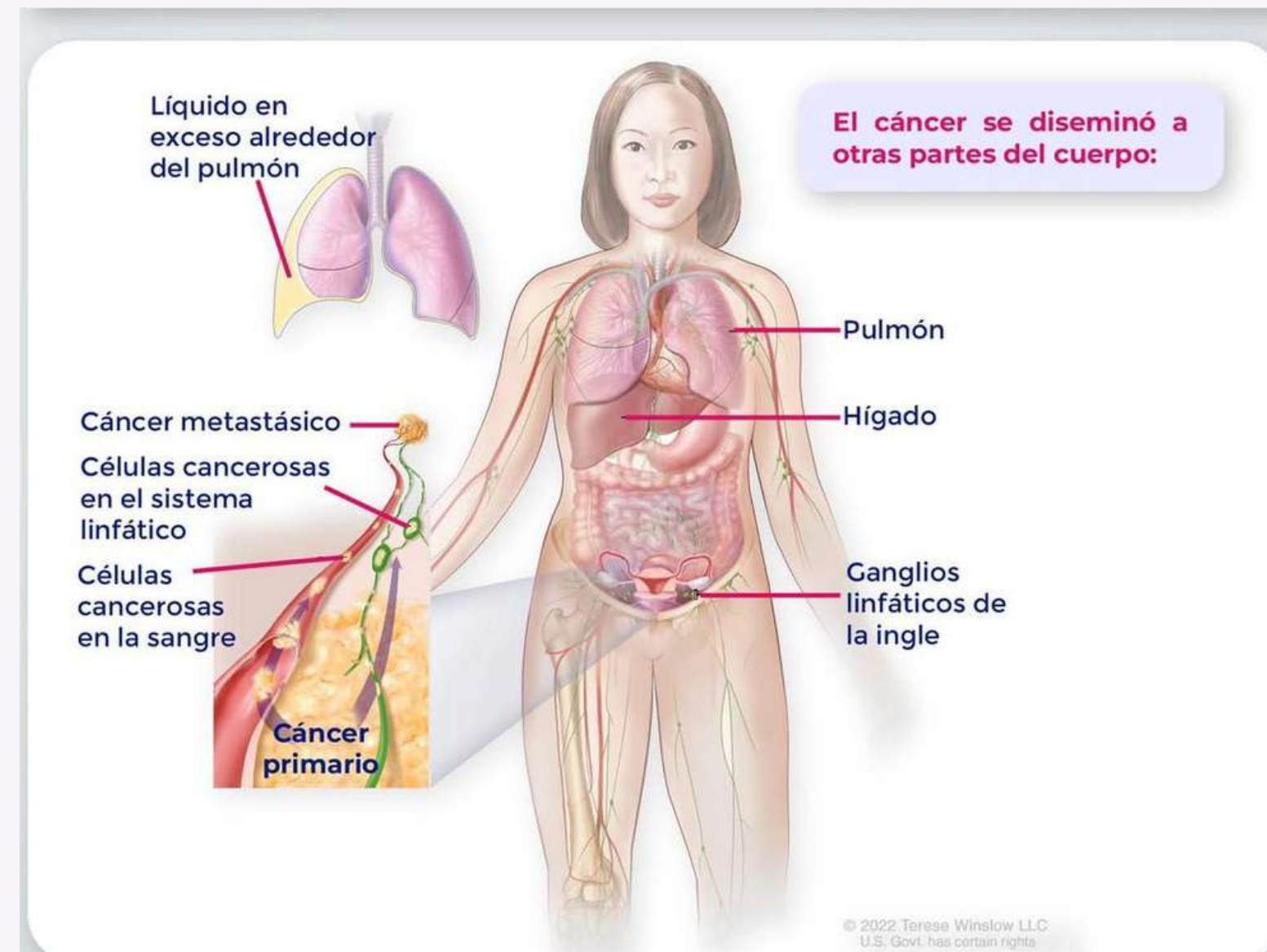
-  **Pruebas de funciones renal y hepática**
-  **Ecografía transvaginal**
-  **Radiografía de tórax**
-  **Tomografía computarizada de cerebro y abdomino-pélvica**
-  **Imágenes de MR.**

Con menos frecuencia

Tomografía 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

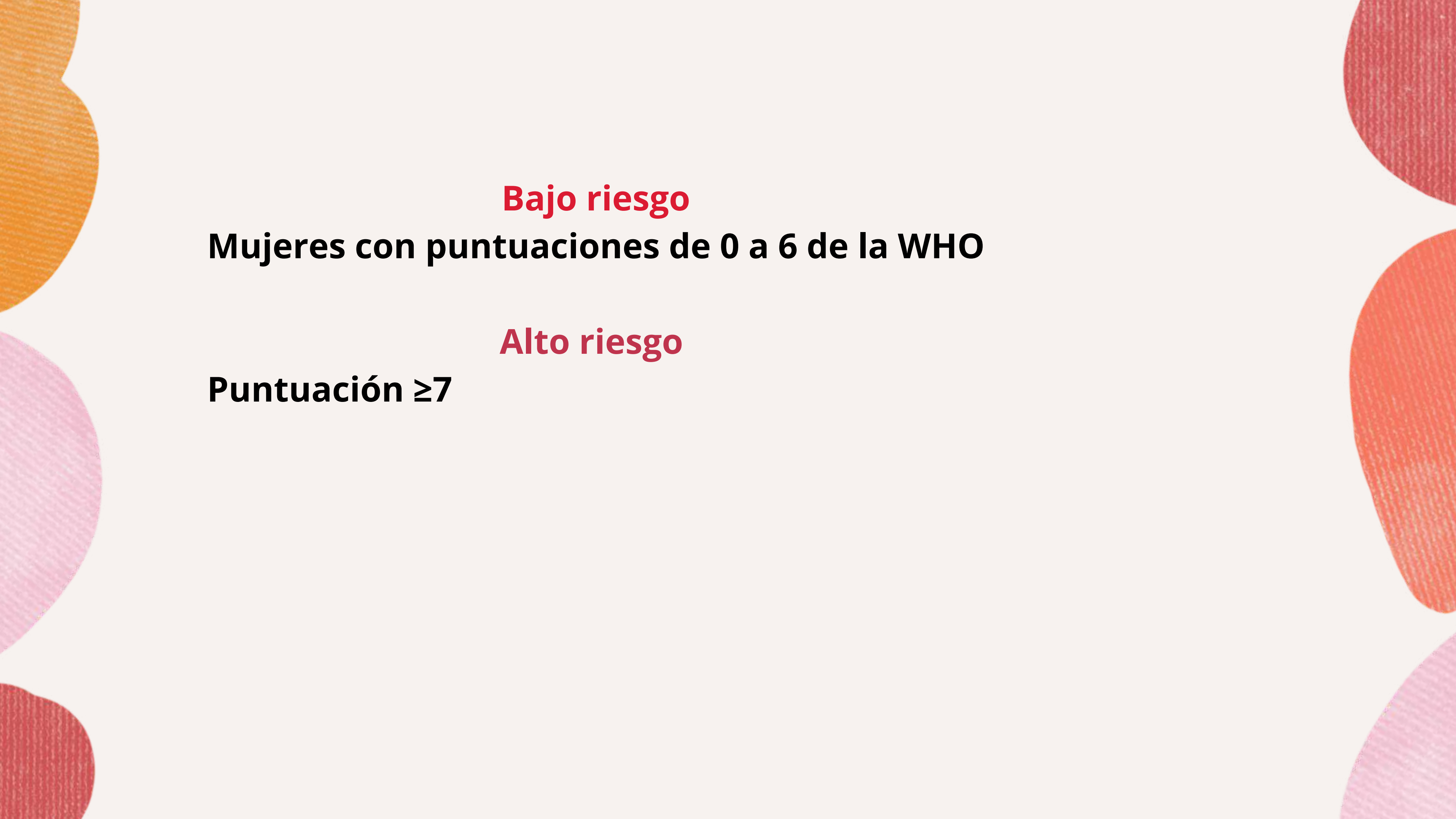
Resultado ^b	0	1	2	4
Edad (años)	<40	≥40	—	—
Antecedente embarazo	Mola	Aborto	Término	—
Intervalo después del embarazo índice (meses)	<4	4-6	7-12	>12
Pretratamiento β-hCG de suero (mIU/mL)	<10 ³	10 ³ a 10 ⁴	10 ⁴ a 10 ⁵	≥10 ⁵
Tamaño del tumor más grande (incluido el útero)	<3 cm	3-4 cm	≥5 cm	—
Número 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.



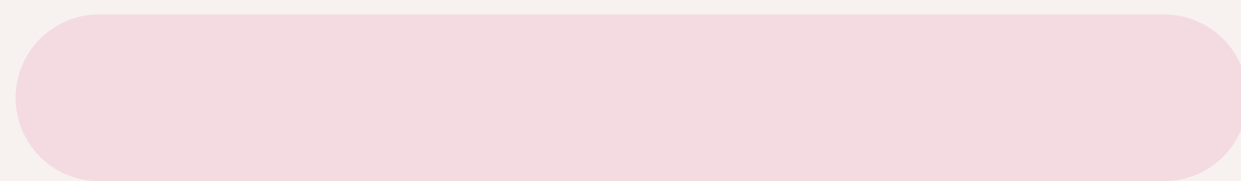
Bajo riesgo

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).

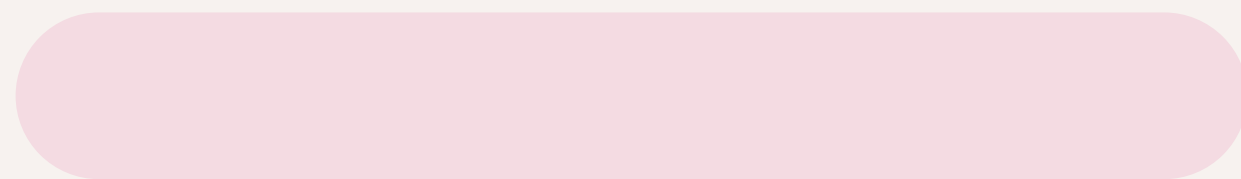
Anticoncepción efectiva es crucial:

- 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



EMBARAZO POSTERIOR

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



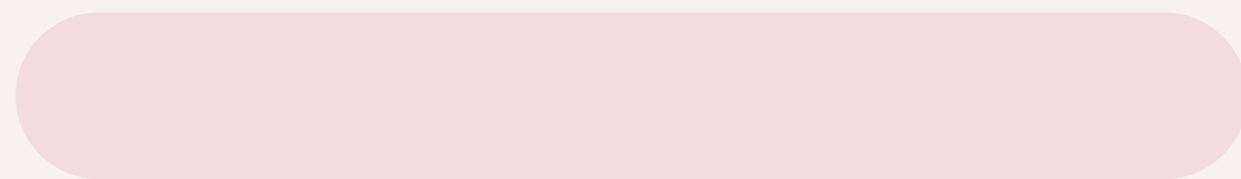
**Análisis patológica:
placenta o los productos de la
concepción**

**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:

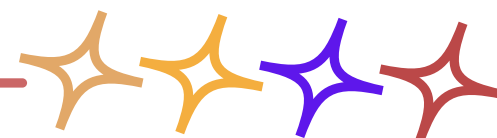
Vigilancia en el servicio de Obstetricia

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.



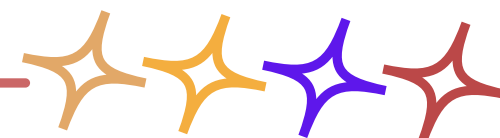
Neoplasia trofoblástica gestacional Vigilancia y Tratamiento en el servicio de Oncología.

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:

