

ENFERMEDAD TROFOBBLASTICA GESTACIONAL.

**Dra. Ángela Martínez Martínez-Pinillo.
Hospital Ginecobstetrico Docente. "Ramón González Coro". Dpto.
Patología de Cuello.**

ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA

Comprende las siguientes entidades:

Mola Parcial

Mola Hidatiforme Completa

Mola Invasiva

Coriocarcinoma

Tumor Trofoblástico del sitio Placentario

**EMBARAZO MOLAR
Y NEOPLASIA
TROFOBBLASTICA
GESTACIONAL**

Mola Hidatiforme.

Degeneración hidrópica de las vellosidades confinadas a la cavidad uterina en la que puede observarse la estructura todavía diferenciada de la vellosidad. Puede ser completa o parcial.

EPIDEMIOLOGÍA

- **Distribución geográfica**
- **Edad**
- **Historia reproductiva y obstétrica**
- **Factores étnicos**
- **Factores genéticos**
- **Dieta y nutrición**
- **Factores ambientales**

ETIOPATOGENIA.

Se ha establecido el origen androgénico de la mola hidatiforme completa, que se ha originado a partir de un óvulo sin material genético (diploide). Las molas parciales por estudios cito genéticos son triploides ya que muestran el material genético de procedencia materna.

Características Patológicas Microscópicas	Mola completa	Mola parcial
Tejido embrionario	Ausente	Presente
Proliferación hidropica de la vellosidad	Difusa	Focal
Hiperplasia trofoblástica	Difusa	Focal
Erosión de la vellosidad	Ausente	Presente
Inclusiones estromales trofoblásticas	Ausente	Presente
Sitio de implantación trofoblástica	Atipia marcada	Atipia moderada
Karyotipo	46XX (princ) 46,XY (raro)	Triploide, 69XXY, 69XY

CARACTERÍSTICAS PATOLÓGICAS MACROSCÓPICAS

Mola completa

- Aspecto de una masa de vejiga arracimada
- Vellosoidades hidrópicas de hasta el tamaño de una uva
- Vesículas de color gris o rosa pálido
- Útero agrandado y de paredes finas
- Quistes tecaluteínicos

Mola parcial (aborto diferido)

Presentación Clínica	Mola Completa	Mola Parcial
Diagnóstico	Embarazo molar	Aborto diferido
Tamaño uterino	50 % > para EG	Pequeño para EG
Quistes tecaluteinicos	Ocurren 25-30 %	Raros
Complicaciones médicas	Frecuentes	Raras
Neoplasia Trofob. pos molar	Frecuente(20%)	Rara(1-4%)
Niveles de B-hCG	Anormalmente altos	Bajos

COMPLICACIONES MÉDICAS

- Hemorragias.
- Hiperémesis gravídica
- Preeclampsia
- Hipertiroidismo
- Insuficiencia pulmonar (SDR)

Pacientes que muestran estos síntomas clásicos son llamados de Alto Riesgo porque tienen un incremento del riesgo de desarrollar una Neoplasia Trofoblástica Gestacional pos molar.

COMPLEMENTARIOS

- Estudio hematológico completo
- Determinación de plaquetas
- Grupo sanguíneo y factor Rh
- Dosificación cuantitativa de B-hCG
- Ultrasonografía
- Radiografía de tórax
- TSH sérica

Cualquier complicación médica debe ser estabilizada antes de la evacuación. si hay evidencia de hipertiroidismo deben administrarse agentes beta bloqueadores antes de la inducción de la anestesia general para evitar una tormenta tiroidea

TRATAMIENTO DE LA MOLA HIDATIFORME

- Evacuación con aspiración e infusión de oxitocina desde la dilatación cervical
No es aconsejable inducir el aborto de una mola con infusión de oxitocina, prostaglandinas o mediante histerotomía por el riesgo de hemorragia y evacuación incompleta.
- Histerectomía si fertilidad satisfecha (los anejos pueden ser preservados)
Si existen quistes teca-luteínicos en el momento de la histerectomía no se extirpan, pueden ser descomprimidos si son sintomáticos.

Vigilancia de las pacientes luego de la Evacuación de una mola.

- Examen pélvico en la 1ra semana continuando cada 2 semanas hasta la normalización de la β -HCG. Después examen físico general y pélvico cada 3 meses hasta completar el año.
- Si los ovarios están afectados el examen periódico se realizara cada 2-4 semanas.

Vigilancia

Determinación de la β -HCG

- Semanal hasta la remisión (3 determinaciones consecutivas semanales con β -HCG < 3 mU/ml).

Los niveles de B-hCG deben ser imperceptibles entre la sexta y la octava semana luego de la evacuación.

Después

- Mensual durante 6 meses si regresión normal.
- Mensual durante un año si regresión irregular pero espontánea.
- Durante este periodo se debe de utilizar anticoncepción. No DIU por el riesgo de PU, métodos de barrera, ACOR si existe seguridad de evacuación completa.

NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

MOLA INVASIVA.

Se caracteriza por la persistencia del edema de las vellosidades coriales con proliferación trofoblástica invadiendo el miometrio. Rara vez metastiza; pero puede causar hemorragia masiva por perforación uterina. Puede ser tratada con quimioterapia o histerectomía.

CORIOCARCINOMA

Neoplasia epitelial formada por citotrofoblasto y sincitiotrofoblasto neoplásico en ausencia de vellosidades coriales. Tiende a metastizar tempranamente por vía hematogena hacia pulmones, vagina, hígado, cerebro, riñones, tracto gastrointestinal y otros órganos distantes. La quimioterapia es el tratamiento de elección.

TUMOR TROFOBLASTICO DEL SITIO PLACENTARIO

Son neoplasias trofoblasticas muy raras que se caracterizan por ausencia de vellosidades coriales y proliferación de células citotrofoblasticas intermedias que secretan bajos niveles de hCG. Es relativamente insensible a la quimioterapia, rara vez metastiza y la histerectomía es el tratamiento de elección. La quimioterapia puede utilizarse con éxito en el tratamiento de la recurrencia.