

Seminario 95: Evaluación Ecográfica de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional



**Dra. Soledad Lizana G, Susana Aguilera Peña, Lorena Quiroz Villavicencio,
Leonardo Zuñiga Ibaceta, Juan Guillermo Rodríguez Aris**

**Centro de Referencia Perinatal Oriente (CERPO)
Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital “Dr. Luis Tisné Brousse”
Campus Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile**

Introducción

- Mola hidatiforme es una neoplasia trofoblástica gestacional.
- Incidencia 0,5-1/1000 embarazos
- Se identifica clásicamente después de un diagnóstico de aborto espontáneo durante el 1er o 2do trimestre
- El uso generalizado del ultrasonido ha permitido el estudio del trofoblasto en forma temprana y hace posible la investigación de viabilidad embrionaria
- La mayoría de los embarazos molares se diagnostican precozmente en el 1er trimestre

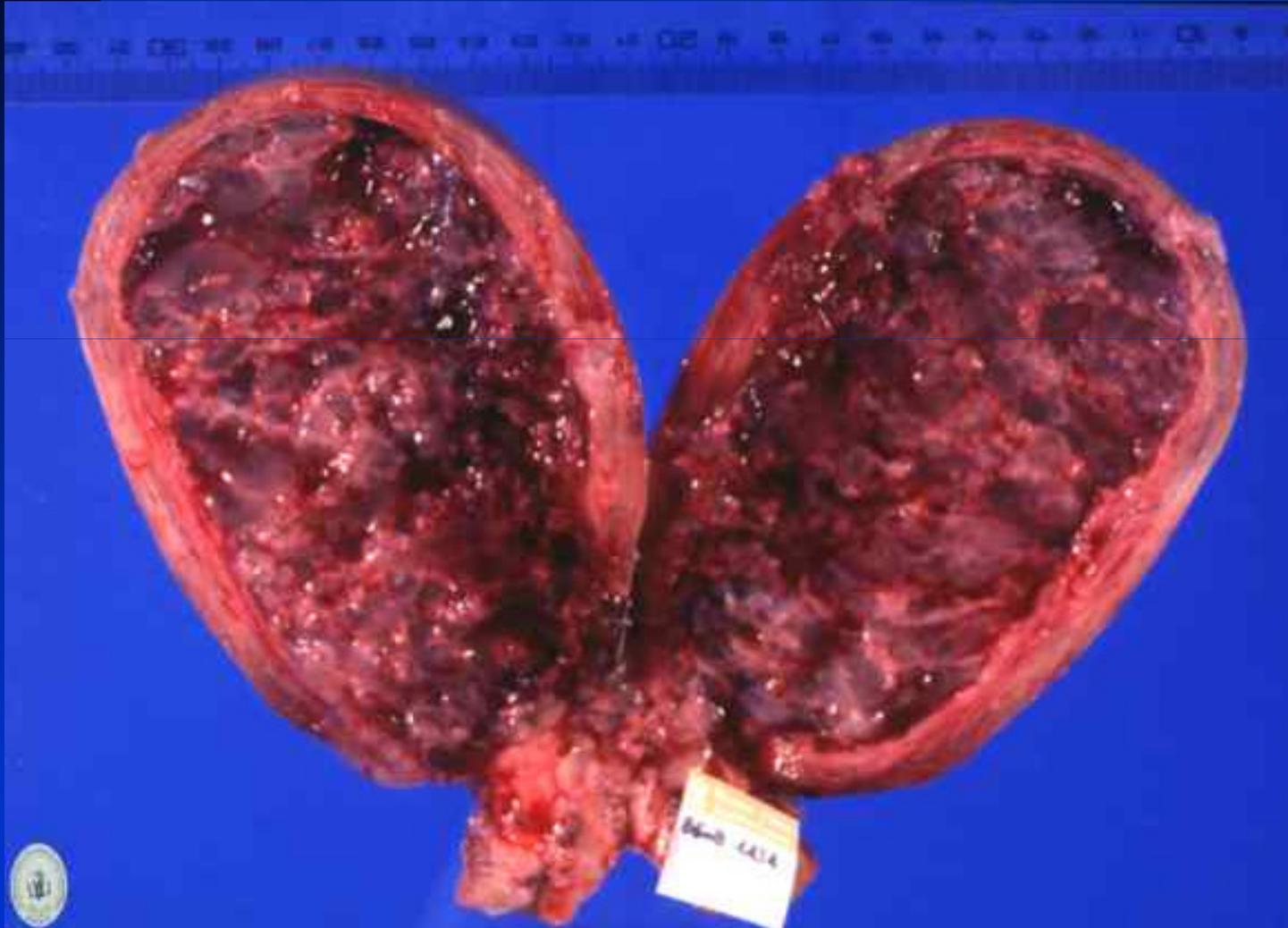
Patogenia

- La enfermedad trofoblástica gestacional incluye un grupo heterogéneo de condiciones neoplásicas derivadas del desarrollo anormal del tejido trofoblástico.
- La hemorragia se atribuye al rápido e irregular crecimiento del tejido trofoblástico que separa los vasos sanguíneos de la decidua y daña su pared
- La hiperplasia trofoblástica produce exceso de BHCG que es el responsable de los quistes ováricos, la hiperemesis, el hipertiroidismo y la preeclampsia.

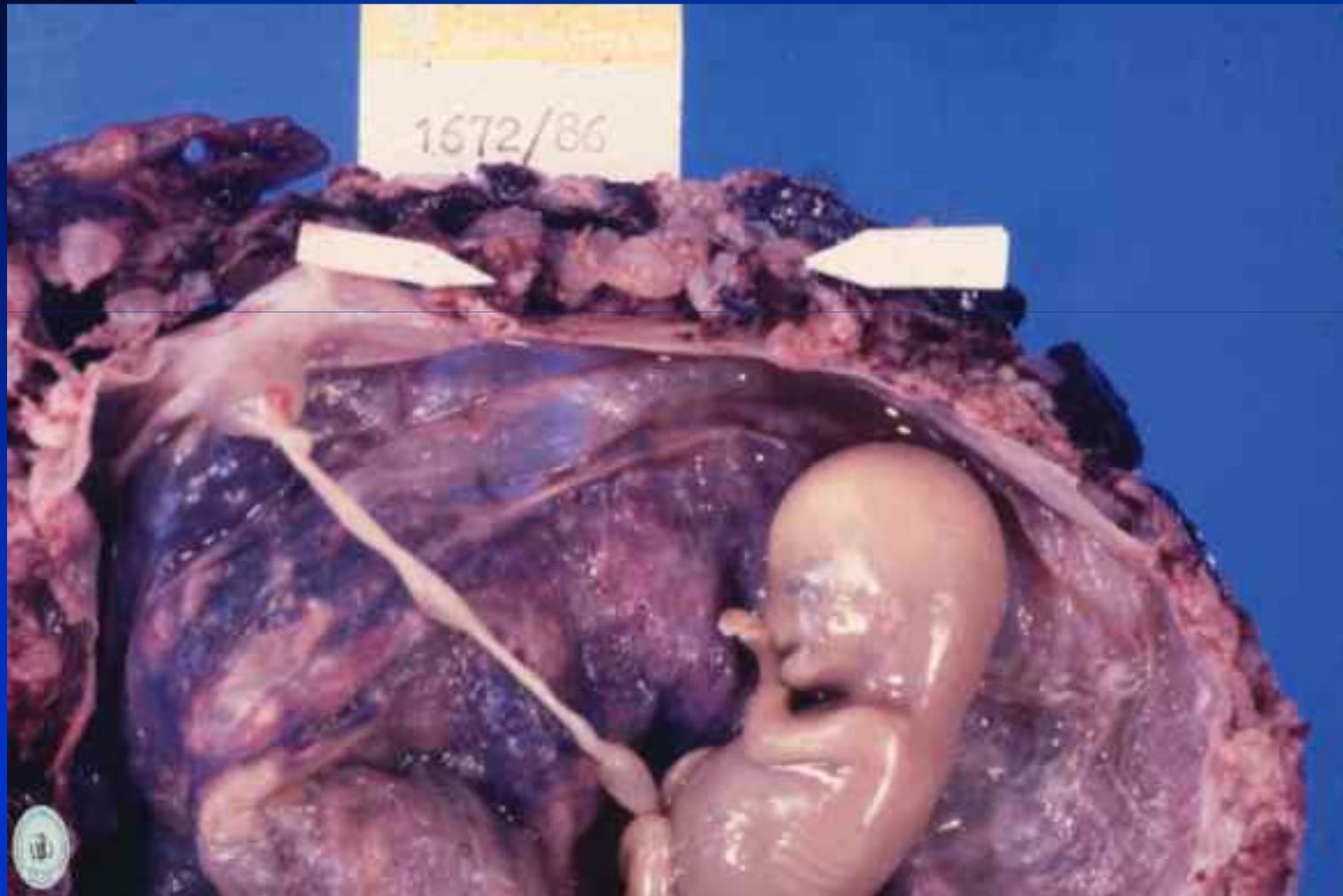
Patogenia

- El espectro de ETG incluye los embarazos molares (completos y parciales), coriocarcinoma y tumor trofoblástico de la placenta
- Coriocarcinoma: se caracteriza por hojas de cito y sinciciotrofoblasto anaplásicas, sin vellosidades coriónicas
- Mola parcial: se producen por una triploidía (69 cromosomas), un óvulo fertilizado por un espermio que duplica su material genético (90% XX), todos los cromosomas de origen paterno
- Mola completa: presenta un número normal de cromosomas, todos de origen paterno

Mola Completa



Mola Parcial



Factores de Riesgo

- Zona geográfica (mayor incidencia en Asia)
- Edad: menores de 15 años y mayores de 40 años con mayor incidencia
- Factor nutricional
- Antecedentes personales de ETG
- Antecedente de abortos espontáneos
- Otros factores: irradiación, tabaquismo, grupo sanguíneo, factor genético.

Clínica

■ Sangrado vaginal	51%
■ Aumento de volumen uterino	29%
■ Hiperemesis	26%
■ Presencia de quistes teca-luteínicos	13%
■ Hipertiroidismo	1%
■ Preeclampsia	3%
■ Asintomático	29%

- Mangili, Giorgia et cols. Clinical presentation of hydatidiform mole in northern Italy: has it changed in the last 20 years? American journal of obstetrics and gynecology. Volume 198(3), March 2008, p 302e1–302e4

Clínica

- Las presentaciones completa e incompleta son muy diferentes.
- El 75% de las mujeres con mola completa presenta sangrado vaginal anormal y es muy sintomática.
- La mola parcial puede presentar metrorragia, pero es menos frecuente el aumento del tamaño uterino y la presencia del resto de síntomas y signos.
- Mangili, Giorgia et cols. Clinical presentation of hydatidiform mole in northern Italy: has it changed in the last 20 years? *American journal of obstetrics and gynecology*. Volume 198(3), March 2008, p 302e1–302e4

Diagnóstico

- El diagnóstico se realiza con la téttrada clásica
 - ◆ Sangrado vaginal
 - ◆ Aumento de volumen uterino
 - ◆ Hiperemesis
 - ◆ Presencia de quistes teca-luteínicos

Exámenes Complementarios

- BHCG
- TSH
- T3
- T4 libre
- Ecografía transvaginal
- Rx Tórax
- TAC abdomen y pelvis

Diagnóstico diferencial

- Aborto espontáneo
- Huevo anembrionado
- Embarazo ectópico

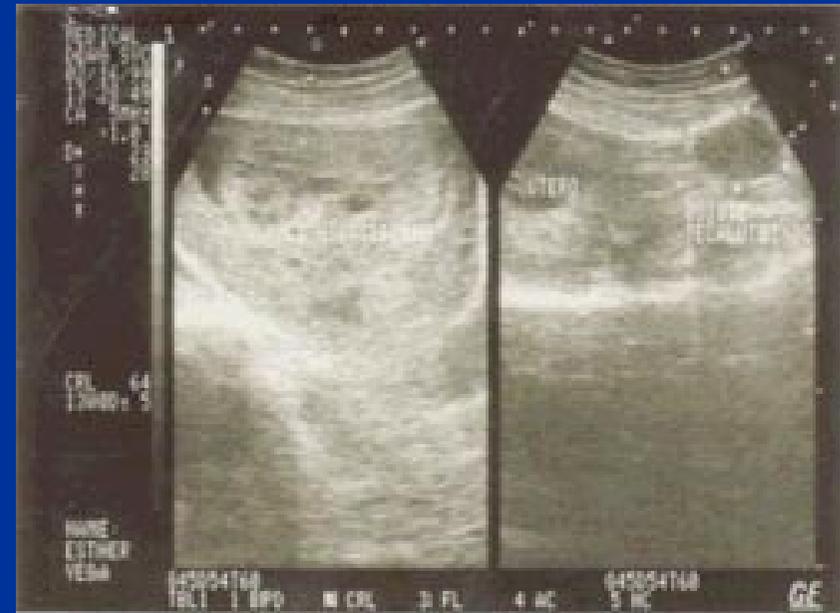


Pronóstico

- Más del 80% de las molas hidatiformes son benignas.
- El pronóstico después del tratamiento es por lo general bueno y es esencial un seguimiento minucioso.
- Las molas hidatiformes se pueden transformar en molas invasivas, las cuales pueden llegar a crecer profundamente en la pared uterina.
- Una mola hidatiforme puede transformarse en un coriocarcinoma, una forma de enfermedad trofoblástica gestacional cancerosa y de rápido crecimiento.
- Cohn, David E. MD; Herzog, Thomas J. MD. Gestational trophoblastic diseases: new standards for therapy. Current opinion in oncology. Volume 12(5), September 2000, pp 492-496

Evaluación ecográfica

- La introducción del ultrasonido en la evaluación obstétrica de rutina ha permitido el diagnóstico más temprano.
- La ecografía es la técnica más sensible para el diagnóstico de ETG



A la izquierda se aprecia una mola hidatiforme con ausencia de partes fetales. A la derecha se observa un quiste tecaluteínico ovárico.

Evaluación ecográfica



- Se observan en el embarazo molar completo, característicamente, múltiples vesículas.
- El diagnóstico ecográfico de la mola parcial es más difícil, se pueden

distinguir espacios quísticos en la placenta, con aumento del diámetro del saco gestacional

- En la mola parcial es posible observar variadas y severas malformaciones que deben hacer sospechar esta patología.

Mola parcial



Evaluación ecográfica

- La apariencia ecográfica clásica es el patrón en “tormenta de nieve” al interior del útero.
- Este patrón característico se observa preferentemente en el 2do trimestre cuando muchas molas ya han sido evacuadas



Mola hidatiforme. Se evidencia múltiples imágenes vesiculares y quísticas en cavidad uterina. Imagen típica de "tormenta de nieve" o "panal de abejas".

Mola hidatiforme invasora



Tratamiento

- El tratamiento es el curetaje y vaciamiento por aspiración
- Este procedimiento es tanto diagnóstico como terapéutico
- En pacientes que no deseen conservar fertilidad es posible realizar una histerectomía

Seguimiento Médico



- Tras la evacuación del embarazo molar las pacientes deben ser seguidas semanalmente hasta que se negativizan.
- Posteriormente deben evaluarse en forma mensual por 6 meses por el riesgo de persistencia del tumor
- Es importante el uso de anticonceptivos durante todo el periodo de seguimiento

Persistencia

- Si los niveles de BHCG no bajan de 20000 mUI/ml en el 1er mes post-evacuación o una meseta en los niveles de 3 o más semanas consecutivas se considera persistencia de la enfermedad
- La incidencia de la persistencia es 2-4%
- ETG persistentes pueden ser localmente invasivos o metastásicos
- Las metástasis más frecuentes son: pulmones (80%), vagina (30%), pelvis (20%) , hígado (10%) y cerebro (10%).
- Cohn, David E. MD; Herzog, Thomas J. MD. Gestational trophoblastic diseases: new standards for therapy. Current opinion in oncology. Volume 12(5), September 2000, pp 492-496

Persistencia

- La metástasis es a menudo asociada a un coriocarcinoma.
- La evaluación de pacientes con persistencia debe incluir:
 - Examen pélvico
 - Rx Tórax
 - TAC (cerebro, tórax abdomen y pelvis)
 - Ecografía TV (permite detectar persistencia en el útero)

Coriocarcinoma

- Forma maligna de tumor trofoblástico
- Derivada de cualquier evento gestacional
- Genitorragia más altos niveles de Subunidad Beta de HCG
- Masa de crecimiento rápido que invade el músculo uterino y los vasos sanguíneos
- Proliferación de trofoblasto en ausencia de vellosidades.
- 50% después de embarazo molar, 30% después de un aborto, 20% luego de embarazo aparentemente normal
- La necrosis y hemorragia de las lesiones dan un aspecto semisólido a la US
- Cohn, David E. MD; Herzog, Thomas J. MD. Gestational trophoblastic diseases: new standards for therapy. Current opinion in oncology. Volume 12(5), September 2000, pp 492-496

Coriocarcinoma



Tratamiento Persistencia

- En ausencia de metástasis se trata con quimioterapia monodroga (metotrexato o dactinomicina)
- Se puede realizar histerectomía como tratamiento complementario en las mujeres que no deseen fertilidad, especialmente si el tumor es resistente a la QT
- Se logra remisión completa en el 90% de los casos
- Si la enfermedad se vuelve resistente a la QT debe tratarse como enfermedad metastásica.

- Cohn, David E. MD; Herzog, Thomas J. MD. Gestational trophoblastic diseases: new standards for therapy. Current opinion in oncology. Volume 12(5), September 2000, pp 492-496

Metástasis cerebral

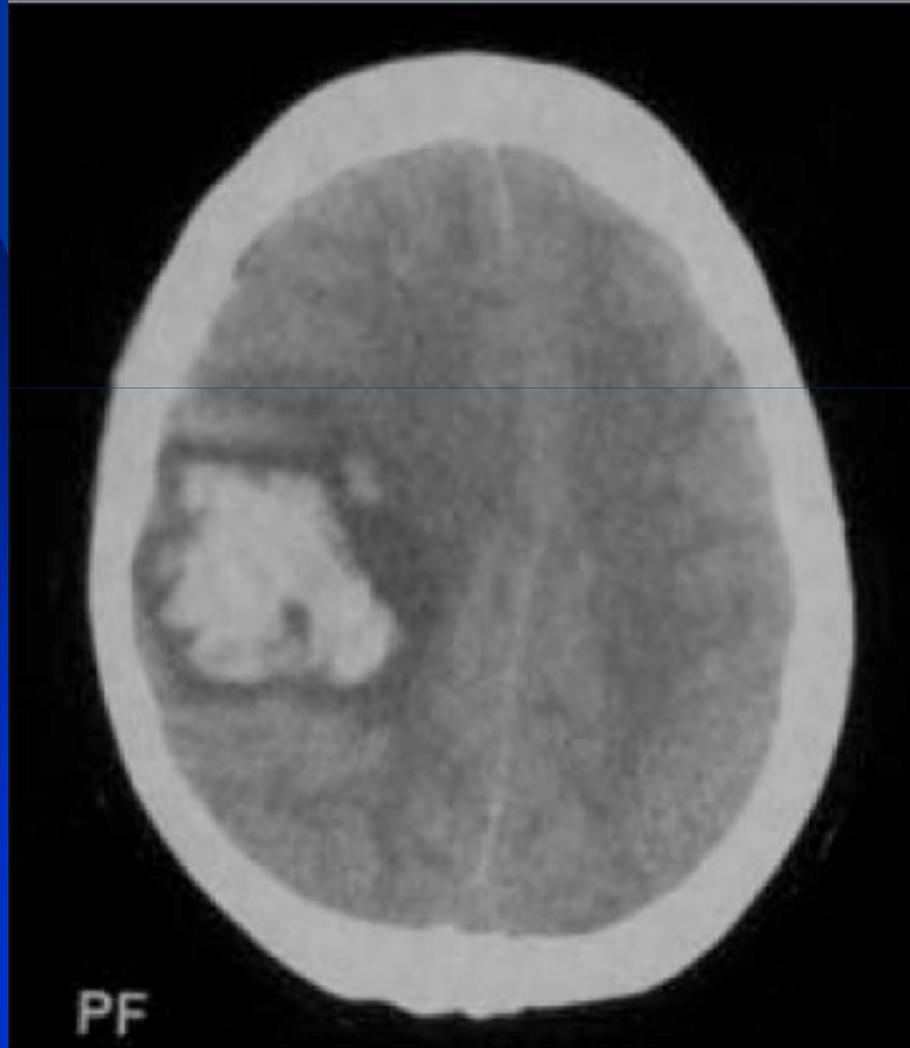


Figura 3.

Tratamiento Persistencia

- Los pacientes con metástasis a distancia deben tratarse con QT multiagente, con radioterapia y cirugía, según sea necesario para controlar la enfermedad.
- La QT multiagente incluye
 - ◆ Etopósido
 - ◆ Metotrexate
 - ◆ Dactinomicina
 - ◆ Ciclofosfamida
 - ◆ vincristina
- Se observa remisión completa en aprox. el 75% de las pacientes

Bibliografía

- Mangili, Giorgia et cols. Clinical presentation of hydatidiform mole in northern Italy: has it changed in the last 20 years? American journal of obstetrics and gynecology Volume 198(3), March 2008, p 302e1–302e4
- Jaunieux E, Nicolaides KH. Early ultrasound diagnosis and follow-up of molar pregnancies. Ultrasound Obstet Gynecol. 1997 Jan;9(1):17-21.
- Bentley RC: Pathology of gestational trophoblastic disease. Clin Obstet Gynecol 2003 Sep; 46(3): 513-22
- Callen, Ecografía en Obstetricia y Ginecología, 4ta edición, 2000 McGraw – Hill
- Cohn, David E. MD; Herzog, Thomas J. MD. Gestational trophoblastic diseases: new standards for therapy. Current opinion in oncology. Volume 12(5), September 2000, pp 492-496