



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTETRICIA

**Componente práctico del examen complejo previo a la
obtención del grado académico de Obstetra**

TEMA DEL CASO CLINICO

**“CONDUCTA OBSTÉTRICA A SEGUIR EN PACIENTE CON
MOLA INVASIVA, MANEJO TERAPÉUTICO”**

AUTOR

VARGAS PONCE ANGIE ISABEL

TUTOR

DR. MARTINEZ ALVAREZ MARLON

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2023

INDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTO.....	II
TÍTULO DE CASO CLÍNICO.....	III
RESUMEN.....	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCIÓN	VI
I. MARCO TEORICO	8
1.8.1. Tratamiento de la Neoplasia Trofoblástica Gestacional de Bajo Riesgo	17
1.9. Justificación.....	18
1.10. Objetivos	19
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO.....	20
2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.....	20
2.1.1. Motivo de la consulta	20
2.2.2. Historial clínico de la paciente	20
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual(anamnesis).....	21
2.3 Examen físico (exploración clínica).	21
2.4 Información de exámenes complementarios realizados.....	23
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.....	29
Diagnostico presuntivo.....	29
Diagnóstico definitivo	29
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.	29
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.	30
2.8 Seguimiento	31
2.9 Observaciones	33
CONCLUSIONES.....	33
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	34

ANEXOS.....	38
-------------	----

INDICE TABLAS

Tabla 1. Sistemas de estadificación de la FIGO y de clasificación pronóstica de la OMS para las neoplasias trofoblásticas gestacionales.....	15
Tabla 2. Sistema de Clasificación Pronostica de la OMS Modificado.....	15
Tabla 3. Datos del paciente	19
Tabla 4. Historia Clínica.....	20
Tabla 5. Examen físico general	21
Tabla 6. Examen físico regional.	22
Tabla 7. Examen físico gineco-obstétrico.....	23
Tabla 8. Pruebas de laboratorio-hematología.	23
Tabla 9. Pruebas de laboratorio-Química.....	24
Tabla 10. Pruebas de laboratorios- Endocrinología	25
Tabla 11. Pruebas de laboratorios- Inmunología.	25
Tabla 12. Reporte de imágenes de emergencia	25
Tabla 13. Reporte de imágenes luego de administrar de misoprostol.....	25
Tabla 14. Reporte de imágenes post-evacuación de mola.....	26
Tabla 15. Reporte Radiológico.	26
Tabla 16. Reporte de patología de la biopsia.....	27
Tabla 17. Reporte de patología de la biopsia de contenido uterino.....	28

INDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Masa en región pélvica.....	38
Ilustración 2. Ecografía transvaginal inicial	38
Ilustración 3. Resultados de Beta hCG cuantitativa inicial.....	38
Ilustración 4. Ecografía transvaginal que corresponde al segundo ingreso. ...	39
Ilustración 5. Despejando dudas a la paciente a cerca del procedimiento.....	39
Ilustración 6. Legrado uterino instrumental de emergencia.....	39
Ilustración 7. Procedimiento quirúrgico de emergencia	40
Ilustración 8. Útero y anexos.....	40
Ilustración 9. Vigilancia de la paciente en el post operatorio.....	40
Ilustración 10. Reporte de patología	41
Ilustración 11. Resultados de exámenes de control.	41

DEDICATORIA

A Dios quien es mi guía y fortaleza que con su mano de fidelidad y amor está
conmigo siempre.

A mi familia porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento han
hecho de mí una mejor persona, quienes con su amor y esfuerzo me han
permitido llegar a cumplir este anhelado sueño y por inculcar en mí el ejemplo
de esfuerzo y valentía, de no temer las adversidades.

Angie Isabel Vargas Ponce.

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi gratitud a Dios y a mi familia por ser mi pilar fundamental.

A cada una de las personas que de una u otra manera forman parte del apoyo de este trabajo y que han sido parte de toda mi carrera universitaria desde el día uno.

Agradezco a la Universidad Técnica de Babahoyo por haberme abierto las puertas de esta prestigiosa Institución y permitirme lograr una meta más en mi vida profesional.

A mi tutor Dr. Marlon Martínez Álvarez por su paciencia durante todo este proceso, quien con su dirección, conocimiento, enseñanza y colaboración permitió el desarrollo de este caso clínico.

De igual manera mis agradecimientos al Hospital General IESS Babahoyo, al personal del área de Ginecología y Obstetricia por su acogida durante mi proceso del Internado, quienes permitieron que pueda crecer día a día como profesional, gracias a cada uno de ustedes por su paciencia y dedicación.

Finalmente quiero expresar mi más grande y sincero agradecimiento al Dr. Fabricio Chang Hidalgo, por ser un excelente profesional y amigo que me ha brindado sus conocimientos, consejos y apoyo durante este proceso.

Angie Isabel Vargas Ponce.

TÍTULO DE CASO CLÍNICO

“Conducta obstétrica a seguir en paciente con mola invasiva, manejo terapéutico”

RESUMEN

La mola invasiva es un evento poco común que se distingue por una proliferación trofoblástica excesiva y una penetración del trofoblasto en el miometrio, pero no muestra propensión a la propagación metastásica. Se presenta el caso clínico de una paciente de 48 años de edad que acude al área de emergencia del Hospital General Babahoyo por presentar el cuadro clínico de dolor abdominal, sangrado transvaginal, náuseas y vértigo.

La sospecha de embarazo molar se generó tras la primera ecografía que reveló características indicativas. Además, se detectó el aumento en la fracción beta de la gonadotropina coriónica humana. Se determinó preparar a la paciente para su primer legrado uterino instrumental (LUI). Después de diez días, la paciente regresó y se realizaron estudios ecográficos y análisis de laboratorio adicionales. Estos resultados respaldaron la necesidad de un segundo LUI.

Durante esta intervención, la paciente presentó un sangrado persistente que resultó en un compromiso hemodinámico, lo que desencadenó la activación de un protocolo de emergencia. Se tomaron medidas, incluyendo la inserción de un balón intrauterino y la técnica Zea, junto con la administración de hemoderivados para estabilizarla. Se dialogó con la familia acerca de las complicaciones y se sugirió una panhisterectomía debido al sangrado continuo.

Los familiares entendieron la explicación sobre las condiciones clínicas obstétricas de la paciente y procedieron a firmar la hoja del consentimiento informado. La intervención fue realizada con éxito y se salvaguardó la vida de la paciente.

Palabras claves: enfermedad trofoblástica, embarazo molar, mola invasiva.

ABSTRACT

Invasive mole is a rare event characterized by excessive trophoblastic proliferation and infiltration of the trophoblast into the myometrium but shows no propensity for metastatic spread. We present a clinical case of a 48-year-old patient who came to the emergency area of General Hospital Babahoyo with symptoms of abdominal pain, transvaginal bleeding, nausea, and dizziness.

The suspicion of a molar pregnancy arose after the first ultrasound, which revealed indicative features. Additionally, an elevation in the beta fraction of human chorionic gonadotropin was detected. It was decided to prepare the patient for her first instrumental uterine curettage (LUI). Ten days later, the patient returned, and additional ultrasound and laboratory studies were performed. These results supported the need for a second LUI.

During this procedure, the patient experienced persistent bleeding, leading to hemodynamic compromise, triggering an emergency protocol. Measures were taken, including the insertion of an intrauterine balloon and the Zea technique, along with the administration of blood products to stabilize her. Discussions with the family regarding the complications took place, and a panhysterectomy was suggested due to continuous bleeding.

The family members comprehended the explanation of the patient's obstetric clinical conditions and proceeded to sign the informed consent form. The intervention was successfully performed in a timely manner, and the patient's life was saved. The samples obtained during the surgery were sent for pathological examination.

Keywords: trophoblastic disease, molar pregnancy, invasive mole.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) es un grupo de trastornos placentarios causados por problemas en la fertilización. Estos trastornos suelen tener un pronóstico favorable, y su gravedad está vinculada a la invasión y persistencia anormal del trofoblasto. (Coronado et al., 2020)

Según estudios realizados por (Barber y Soper, 2018; Sanamé-Columbié et al., 2021). La mola invasiva representa la enfermedad trofoblástica gestacional engloba diversos trastornos neoplásicos que se originan en el trofoblasto tras una fecundación anormal. Esta condición se caracteriza por una proliferación e invasión descontrolada del trofoblasto, con tendencia a metastatizar a través del torrente sanguíneo.

La etiología de esta enfermedad es única e involucra un grupo de neoplasias del sistema genital femenino que se originan a partir del material genético parental masculino. La enfermedad trofoblástica gestacional se clasifica según las características histopatológicas, citogenéticas y clínicas. (Bagatella, 2019)

Los factores clínicos destacados que aumentan el riesgo de desarrollar mola invasiva incluyen la edad materna mayor de 40 años, antecedentes de embarazos múltiples y experiencias previas de embarazos o abortos molares, niveles elevados de gonadotropina coriónica humana (hCG) que superan las 100.000 unidades internacionales por litro (UI/L). y la cantidad de proliferación de trofoblastos durante la evacuación. (Bagatella, 2019)

Las características ecográficas de una mola completa en una ecografía del primer trimestre se caracterizan por un útero agrandado y la presencia de masas heterogéneas predominantemente ecogénicas, junto con múltiples áreas hipoecoicas, denominadas apariencia de "tormenta de nieve" a una complicación potencial de la mola hidatiforme parcial o completa. Esta se caracteriza por la penetración profunda de las vellosidades coriales con degeneración hidrópica y la presencia de estructuras trofoblásticas en el miometrio, o la invasión de los vasos uterinos. La mayoría de los casos se originan a partir de una mola

completa, aunque las parciales también se han documentado con una incidencia aproximadamente 10 veces menor. (Bagatella, 2019)

Cerca de la mitad de los casos que requieren tratamiento para la neoplasia trofoblástica gestacional se presentan después de la evacuación de un embarazo molar. Entre el 50% y el 70% de las pacientes con neoplasia trofoblástica gestacional después de un embarazo molar presentan molas persistentes o invasivas, y entre el 30% y el 50% desarrollan una coriocarcinoma. Las molas invasivas se reconocen por la existencia de vellosidades coriónicas con inflamación, acompañadas de un crecimiento anormal del tejido trofoblástico que penetra directamente en la capa muscular del útero. Existe la posibilidad de que se produzcan metástasis a partir de las vesículas molares. (Carvajal y Barriga, 2022)

Uno de los elementos que mejora las perspectivas en esta condición es su detección en fases tempranas, facilitada por la monitorización secuencial de Beta hCG. En contraste, las pacientes que experimentan neoplasia trofoblástica gestacional tras un embarazo no molar a menudo manifiestan otros indicios, como hemoptisis o embolia pulmonar, hemorragia cerebral, gastrointestinal, urológica o metástasis de un tumor primario sin identificación previa. (Bagatella, 2019).

El objetivo es presentar un caso clínico diagnosticado de neoplasia trofoblástica gestacional de tipo mola invasiva. La metodología utilizada fue la observación, la clínica de la paciente. Se realizaron estudios complementarios como: Exámenes de laboratorio, determinaciones de la fracción beta de la gonadotropina coriónica humana, ecografía transvaginal, radiografía de tórax, biopsia endometrial por legrado uterino y estudio patológico de pieza uterina extraída.

I. MARCO TEORICO

1.1. Generalidades

La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) es una patología que abarca a varias anomalías placentarias, originadas por una fecundación defectuosa o irregular. Esta patología tiene generalmente un buen pronóstico y su peligrosidad se relaciona con la capacidad de invasión y persistencia del trofoblasto. (Coronado et al., 2020)

Según Carvajal (2022) estas alteraciones se caracterizan por una proliferación anormal de las células trofoblásticas, que pueden variar en su grado, tipo y forma de crecimiento, así como en su agresividad biológica, que puede ir desde una forma benigna hasta una maligna (con capacidad de invadir localmente y metastatizar). Es un diagnóstico diferencial importante en el sangrado uterino del primer trimestre gestacional (p. 648).

1.2. Clasificación de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional

Guijarro (2022) manifiesta que la ETG según su naturaleza y conducta, tiende a ser categorizada en:

1.2.1 La Enfermedad Trofoblástica Gestacional (ETG), que exhibe un comportamiento benigno, abarca las lesiones trofoblásticas benignas no neoplásicas (nódulo del lecho placentario y placentomegalia) y la mola hidatiforme (completa y parcial).

1.2.2 La Neoplasia Trofoblástica Gestacional (NTG), que muestra un comportamiento invasivo agresivo e incluso la capacidad de metastatizar, se incluye en este grupo. A pesar de la gravedad de la enfermedad, la mayoría (>85%) se recuperan, incluso en presencia de enfermedad avanzada. Este grupo incluye el coriocarcinoma, el tumor del lecho placentario, el tumor trofoblástico epitelioides y la mola invasora. (p. 69)

- **Mola completa**

Un porcentaje que oscila entre el 56 y el 66% de las Molas hidatidiformes son de tipo completo. Es común que la β -hCG superé los 100.000 mUI/ml. Desde el punto de vista histopatológico, se observa una proliferación trofoblástica, una hiperplasia difusa que puede variar de moderada a severa (anaplasia), con una escasez de vasos capilares, todo ello asociado a un edema vellositario difuso e intenso. La placenta presenta una apariencia vesicular. No se detecta la presencia de feto o membranas ovulares en ella. (Carvajal y Barriga, 2022)

- **Mola parcial**

Estudios realizados por Goldstein (2020) señalan que la mola hidatiforme parcial se distingue por las siguientes características histopatológicas:

- Las vellosidades coriónicas presentan variaciones en su tamaño, con una tumefacción completa e hiperplasia focal de las células trofoblásticas.
- Se observa una atipia focal leve del trofoblasto en el sitio de implantación.
- Las vellosidades muestran un festoneado pronunciado e inclusiones trofoblásticas notables en el estroma.
- Se pueden identificar tejidos fetales o embrionarios (p. 1547).

- **Coriocarcinoma**

El Coriocarcinoma gestacional es una neoplasia puramente epitelial, de alta malignidad, que se compone de elementos citotrofoblásticos y sincitiotrofoblásticos, sin formación de vellosidades coriales. Tiene una tendencia a metastatizar de manera sistémica en etapas tempranas. Los lugares que se ven afectados con mayor frecuencia son: pulmón, vagina, hígado y cerebro. (Carvajal y Barriga, 2022)

- **Tumor Del Lecho Placentario**

Está compuesto por poblaciones monomórficas de células citotrofoblásticas intermedias que invaden localmente en la región de

implantación placentaria. El tumor solo secreta pequeñas cantidades de GCh y su seguimiento se puede realizar de manera más efectiva mediante la determinación de las concentraciones de lactógeno placentario humano. Una variante poco común del tumor del sitio placentario es el tumor trofoblástico epitelioide, que generalmente se manifiesta en etapas avanzadas. (Casanova et al., 2019)

- **Mola Invasiva**

Según estudios realizados por (Barber y Soper, 2018; Sanamé-Columbié et al., 2021) sostienen que la mola invasiva es una manifestación de la enfermedad trofoblástica gestacional, una patología poco frecuente que se caracteriza por la presencia de vellosidades coriónicas hipertróficas con una proliferación anormal de las células trofoblásticas que penetra el miometrio.

- **Tumor Trofoblástico Epitelioide**

Representan las formas menos comunes de NTG y pueden surgir en cualquier evento gestacional, incluyendo la mola. Desde una perspectiva etiopatogénica, al igual que el Coriocarcinoma, se originan en la transformación maligna de una célula madre citotrofoblástica. Sin embargo, se consideran formas más "diferenciadas", ya que están compuestas principalmente de células con un fenotipo similar. (Carvajal y Barriga, 2022)

1.2. Incidencia

La incidencia de esta patología varía de acuerdo a la localización geográfica. La incidencia de la Enfermedad trofoblástica gestacional (NTG) es difícil de determinar ya que la mayoría de los países no cuentan con registros sobre la misma. Aunque la ETG puede surgir después de cualquier tipo de gestación, su incidencia es 200 veces mayor después de las molas hidatiformes. Se ha demostrado que la transformación maligna ocurre en el 16% de las molas completas y en el 0.5% de las molas parciales. (Ngan y Seckl, 2007 como se citó en Ojeda y Gonzalez, 2022).

La ETG que invade localmente (mola invasora), se produce en el 15-20% de las molas hidatiformes completas, entre un 1-5% de las molas hidatiformes parciales y muy raramente de otro tipo de embarazos. (Carvajal y Barriga, 2022)

1.3. Fisiopatología

La fisiopatología de la enfermedad trofoblástica gestacional se origina a partir de anomalías en la fertilización, debido a la impronta parental: la expresión de ciertos genes derivados del óvulo es diferente a la de los genes derivados del espermatozoide; dos pronúcleos femeninos dan lugar a un embrioblasto y dos pronúcleos masculinos dan lugar al trofoblasto. (Ezpeleta y López, s/f como se citó en Moreno y Vasquez, 2021)

La mola hidatiforme completa se caracteriza por un agrandamiento temprano y uniforme de las vellosidades en ausencia de tejido fetal, con un trofoblasto consistentemente hiperplásico que presenta grados variables de atipia y ausencia de capilares vellosos. Por otro lado, la mola hidatiforme parcial se distingue por la presencia de tejido fetal identificable y vellosidades coriónicas con edema focal que varían en tamaño y forma, así como una circulación vellosa funcional. (Narvaez et al., 2022)

Investigaciones realizadas por Narváez (2022) afirman que la mola invasiva es un tumor benigno que surge de la invasión del miometrio por una mola hidatiforme a través de la extensión directa por los canales venosos. Se estima que entre el 10 y el 17% de las molas hidatiformes pueden evolucionar a una mola invasiva y, de estas, el 15% puede desarrollar metástasis en los pulmones o la vagina. (p. 198)

1.4. Factores de Riesgo

1.4.2. Factores de Riesgo de Gestación Molar

Espinoza (2019) afirma que las dos causas de mayor relevancia en el ámbito clínico que incrementan la probabilidad de padecer una mola hidatiforme son los rangos extremos de la edad reproductiva femenina (menor a 15 años o mayor a 45 años) y la historia clínica de un embarazo molar anterior. El peligro

de desarrollar una mola hidatiforme en mujeres que aún no han cumplido los 15 años puede ser hasta 20 veces superior. (p. 46)

La prevalencia empieza a incrementarse de manera gradual a partir de los 35 años, presentando un riesgo 5-10 veces mayor después de los 45 años de desarrollar una mola, y un riesgo 200 veces mayor en mujeres de 50 años o más en comparación con mujeres entre los 20 y 35 años. (Espinoza et al., 2019)

1.4.3. Factores De Riesgo Neoplasia Trofoblástica Gestacional Tras Una Gestación Molar

Coronado (2020) describió los siguientes factores de riesgo:

- Edad materna >40 años
- El número de partos e historia de embarazos molares previos.
- Cantidad de proliferación trofoblástica en el momento de la evacuación.
- Valores elevados de hCG (> 100.000 UI/l) al diagnóstico.
- Tamaño uterino mayor de lo esperado para la edad gestacional.
- Presencia de quistes ováricos bilaterales tecaluteínicos > 8 cm en el momento del diagnóstico.
- Presencia de lesiones hiperecoicas (nódulos) en el miometrio con aumento de la vascularización. (p. 169)

1.5. Manifestaciones clínicas

Las mujeres en estado de gestación frecuentemente experimentan hemorragia vaginal durante el segundo trimestre. Dado que el diagnóstico se realiza comúnmente en el primer trimestre mediante una ecografía, las complicaciones como la hiperémesis gravídica, la preeclampsia y el hipertiroidismo son cada vez menos frecuentes. Si se produce un paso vaginal del feto, pueden observarse vesículas. (Ngan et al., 2021)

La característica apariencia de panal de abeja de una mola completa rara vez se observa, especialmente en el primer trimestre. Típicamente, no hay presencia de partes fetales y la placenta presenta una apariencia quística. Por lo tanto, los embarazos molares deben ser diagnosticados mediante un examen

histológico después de la evacuación por un aborto espontáneo o sospecha de embarazo molar. (Ngan et al., 2021)

La neoplasia trofoblástica gestacional post molar es una condición médica que se caracteriza por la presencia de sangrado irregular después de la evacuación de una mola hidatiforme. Algunas señales indicativas pueden incluir un útero de tamaño y forma anormales, así como un aumento persistente en el tamaño de ambos ovarios. (Narvaez et al., 2022)

Investigaciones realizadas por Goldstein (2020) aseguran que a NTG tras una gestación molar persistente usualmente no se disemina y se distingue por un nivel constante o elevado de la hormona gonadotropina coriónica humana (hCG) y sangrado continuo debido a la presencia de tejido molar residual. Por otro lado, la NTG tras una gestación molar metastásica normalmente afecta a los pulmones y, en ocasiones menos frecuentes, puede afectar al cerebro, el hígado y otros lugares distantes. (p. 1544)

En términos clínicos, el síntoma más común de presentación de la Mola Invasiva es la hemorragia uterina persistente. En ocasiones, puede manifestarse como un cuadro de dolor pélvico agudo, con elementos inflamatorios, infecciosos y/o hemorrágicos. Hay casos en los que se presenta como un abdomen agudo debido a la perforación uterina y/o a un proceso inflamatorio pélvico causado por la sobreinfección del lecho tumoral. (Carvajal y Barriga, 2022)

1.6. Diagnostico

En caso de sospecha de enfermedad trofoblástica gestacional, es necesario llevar a cabo una evaluación clínica detallada que incluya información sobre las fechas, duración y resultados de embarazos previos, antecedentes de embarazo molar y otros antecedentes ginecológicos y quirúrgicos relevantes. (Espinoza et al., 2019)

Asimismo, se deben realizar exámenes físicos completos, pruebas de laboratorio y estudios de imagen detallados a continuación:

- **Medición de la Gonadotropina Coriónica Humana (hCG):** La β -hCG actúa como un indicador tumoral en la enfermedad trofoblástica. En esta patología, los niveles plasmáticos de β -hCG suelen ser superiores a los de un embarazo normal, a menudo superando las 100.000 mUI/ml. (Carvajal y Barriga, 2022)
- **Ecografía:** una mola completa se presenta como una masa uterina ecogénica con múltiples espacios quísticos anecoicos, pero sin la presencia de un feto o saco amniótico. Por otro lado, una mola parcial se caracteriza por tener una placenta multiquística engrosada junto con un feto o al menos tejido fetal. (Cunningham et al., 2019)
En la mola invasiva la ecografía transvaginal puede revelar un útero de tamaño aumentado, con una ecogenicidad intramiometrial que se incrementa de manera focal. El estudio con flujometría Doppler puede indicar un flujo arterial de baja resistencia y espacios vasculares "quísticos" dentro del miometrio en el área afectada, lo cual podría sugerir un diagnóstico incluso antes del vaciamiento. (Carvajal y Barriga, 2022)
- **Estudios complementarios:** Los exámenes adicionales que se deben solicitar incluyen un hemograma, determinación del grupo sanguíneo, coagulación, función renal y hepática. Si presenta síntomas de afectación tiroidea como taquicardia, hipertensión, hiperreflexia y temblores, que ocurren en menos del 10% de las ETG, se debe evaluar la función tiroidea. También se debe realizar una radiografía de tórax para descartar la posibilidad de invasión pulmonar. (Fontoura et al., 2022)

Estudios realizados por Goldstein (2020) afirman que las pautas para el diagnóstico de la NTG después de una gestación molar recomendadas por el Comité de Oncología de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) son las siguientes:

- Una meseta en la concentración de la hCG durante más de 3 semanas consecutivas.
- Aumento del 10% o más de la hCG en 3 o más mediciones durante al menos 2 semanas
- Persistencia de la hCG 6 meses después de la evacuación de la mola
- Datos histológicos de MI, CCA, TTLP o TTE (p. 1548).

El diagnóstico definitivo de una mola invasora requiere la confirmación histopatológica de la invasión miometrial, un evento que es difícil de demostrar a través del análisis de una muestra obtenida por legrado uterino. Por lo tanto, su diagnóstico suele ser clínico, basado en la presencia de una NTG confinada al útero. Sin embargo, en ocasiones, la mola invasora puede metastatizar, presentándose en estos casos como una NTG metastásica de bajo riesgo. (Carvajal y Barriga, 2022)

1.7. Estadificación y Clasificación Pronostica

La Tabla 1 y la Tabla 2 resumen los sistemas de estadificación anatómica y clasificación pronóstica que el Comité de Oncología de la FIGO adoptó en 2002. Estos sistemas se utilizan ampliamente en la actualidad, no solo para comparar los resultados del tratamiento entre diferentes centros, sino también como una guía para que los médicos elijan los regímenes de tratamiento más adecuados. (Goldstein et al., 2020)

Tabla 1. Sistemas de estadificación de la FIGO y de clasificación pronóstica de la OMS para las neoplasias trofoblásticas gestacionales.

Estadios de la FIGO	
Estadio I	Enfermedad confinada al útero
Estadio II	La enfermedad se extiende fuera del útero, aunque está limitada al aparato genital.
Estadio III	La enfermedad se extiende a los pulmones, con o sin afectación del aparato genital.
Estadio IV	Todos los demás focos metastásicos

Fuente: (Goldstein et al., 2020)

Nota: Formato para determinar el Estadio de la FIGO y la Clasificación Pronostica de la OMS: Al diagnóstico de la paciente se le asigna un estadio representado por un número romano I, II, III, IV. Después, separada por dos puntos, aparece la suma de todas las puntuaciones de factores de riesgo reales expresadas en números arábigos. (Goldstein et al., 2020).

Tabla 2. Sistema de Clasificación Pronostica de la OMS Modificado.

Puntuaciones	0	1	2	4
Edad	<40 años	>40 años	-	-

Gestación Previa	Mola	Aborto	A término	-
Meses transcurridos desde la gestación índice	<4	4-7	7-13	>13
Concentración sérica pretratamiento	<1.000Hcg (mUI/ml)	<10.000Hcg (mUI/ml)	<100.000Hcg (mUI/ml)	>100.000Hcg (mUI/ml)
Máximo tamaño tumoral	-	3-5 cm	>5cm	
Localización de las metástasis	Pulmón	Bazo/riñón	GI	Hígado/encéfalo
Número de las metástasis	-	1-4	5-8	>8
Quimioterapia fallida previa	-	-	Monoterapia	Poliquimioterapia

Fuente: (Goldstein et al., 2020)

Nota: Formato para determinar el Estadio de la FIGO y la Clasificación Pronostica de la OMS: Al diagnóstico de la paciente se le asigna un estadio representado por un número romano I, II, III, IV. Después, separada por dos puntos, aparece la suma de todas las puntuaciones de factores de riesgo reales expresadas en números arábigos. (Goldstein et al., 2020)

1.7.2. Tratamiento

El tratamiento de estas pacientes se basa principalmente en la estimación de riesgo realizada según factores pronósticos.

1.7.3. Terminación del Embarazo Molar

El procedimiento de elección, sin importar las dimensiones del útero, es generalmente la evacuación molar mediante curetaje por aspiración. Si el cuello uterino está escasamente dilatado, se aconseja la dilatación cervical prequirúrgica con un dilatador osmótico. Durante la intervención quirúrgica, la hemorragia puede ser más intensa en un embarazo molar comparado con un útero de dimensiones equivalentes que alberga productos de gestación no molares. (Cunningham et al., 2019)

Por lo tanto, en el caso de las molas grandes, es esencial contar con una anestesia adecuada, un acceso intravenoso suficiente y el respaldo de los bancos de sangre. El cuello uterino se dilata de forma mecánica para permitir la inserción de una cánula de succión de mayor tamaño, preferentemente. Dependiendo de las dimensiones del útero, un diámetro de 10 a 14 mm es lo habitual. (Cunningham et al., 2019)

El empleo de quimioterapia preventiva después del vaciado uterino ha sido un punto de interés y debate en el tratamiento de esta patología. La sugerencia actual es limitar el uso de quimioterapia preventiva post-vaciado molar a ese pequeño subconjunto de pacientes con alto riesgo de persistencia, definido como pacientes con B-hCG superior a 100.000, quistes teca-luteínicos superiores a 6 cm y útero más grande de lo que corresponde a la edad gestacional. En este grupo, el riesgo de tener una mola invasora es del 31% frente al 3.4% en las mujeres que no presentan estas características. (Carvajal y Barriga, 2022)

Estudios realizados por Carvajal (2022) demuestran que teniendo en cuenta las posibles complicaciones (hemorragia, mola invasora), la histerectomía como tratamiento inicial de la mola hidatidiforme representa una opción al vaciado uterino en pacientes seleccionadas, que deben cumplir con el requisito fundamental de haber alcanzado la paridad. (p. 654)

1.8. Tratamiento de la Neoplasia Trofoblástica Gestacional

1.8.1. Tratamiento de la Neoplasia Trofoblástica Gestacional de Bajo Riesgo

La NTG no metastásica o metastásica de bajo riesgo y en etapa I, II o III, pueden ser manejadas con regímenes de un solo fármaco, con tasas de remisión sostenida superiores al 85%. Los regímenes de un solo fármaco más utilizados son: Metotrexato (con o sin Leucovorina) y Actinomicina-D. Independientemente del régimen empleado, se aconseja continuar la quimioterapia por un ciclo adicional después de que la β -hCG se haya negativizado. (Carvajal y Barriga, 2022)

Carvajal (2022) postula que la mola invasora podría tener una evolución autolimitada después del vaciado. No obstante, debido a la baja tasa de confirmación diagnóstica histológica y la dificultad para diferenciarla de otras formas de GTN con un comportamiento más agresivo y un tratamiento más complejo (por ejemplo, coriocarcinoma), es que la mola invasora generalmente se somete al tratamiento estándar para una GTN no metastásica de bajo riesgo. (p. 657)

1.8.2. Seguimiento Posterior al Tratamiento de la Neoplasia Trofoblástica Gestacional

Para pacientes con enfermedad de riesgo bajo, se aconseja un seguimiento que incluye la medición semanal de β -hCG hasta alcanzar la remisión total (negativización), que debe confirmarse con tres pruebas consecutivas. Posteriormente, se realiza un seguimiento mensual durante un año. En el caso de enfermedad de alto riesgo, el esquema de seguimiento es el mismo, pero se prolonga hasta dos años. (Carvajal y Barriga, 2022)

Carvajal (2022) manifiesta que, si se ha conservado la fertilidad, la evolución de los embarazos futuros no parece variar significativamente en comparación con los embarazos de pacientes que nunca han padecido esta enfermedad. Es relevante señalar que las pacientes que han sido tratadas con regímenes de múltiples fármacos tienen un 50% más de probabilidad de desarrollar una segunda neoplasia, principalmente en el colon, la mama y la leucemia mieloide (esta última en regímenes con etopósido). (p. 661)

1.9. Justificación

El presente estudio de caso está enfocado en probar la causa de este caso clínico y cuál es el tratamiento terapéutico oportuno empleado en una mola invasiva. Se justifica la elaboración del presente estudio debido a la aparición de molas invasoras en pacientes en el periodo de perimenopausia es poco frecuente ya que existe un reducido porcentaje de embarazos en esta etapa.

En América del Norte y del Sur, se ha calculado una incidencia de 1 por cada 500-1000 embarazos. Las evaluaciones más recientes confirman que la

mayoría de los casos de ETG (80%) son casos de mola hidatiforme en sus dos variantes, 15% son molas invasoras y solo el 5% son coriocarcinomas. (Bagatella, 2019)

Por eso hay que reconocer la importancia del diagnóstico y los tratamientos terapéuticos oportunos para la evacuación del embarazo molar, para poder prevenir futuras complicaciones. En la actualidad se puede realizar el control ecográfico y de los niveles de gonadotropina coriónica humana para poder determinar de manera oportuna si existe el desarrollo de una enfermedad trofoblástica gestacional.

Al concluir este estudio quedará la información necesaria para poder contribuir de alguna u otra forma a la identificación a tiempo de la patología.

1.10. Objetivos

1.10.1. Objetivo general

Probar que la causa de este caso clínico es una mola invasiva.

1.10.2. Objetivos específicos

- Detallar los esquemas terapéuticos adecuados para esta patología.
- Analizar el seguimiento de este caso clínico con sus respectivas secuelas.

1.10.3. Datos generales

Tabla 3. Datos del paciente

Datos del paciente	
Apellidos y nombres:	XXXXXXXXXXXXXX
Fecha de nacimiento:	1973/08/05.
Edad:	48años 9 meses.
Género:	Femenino.
Cédula:	1203269xxx.
Nacionalidad:	Ecuatoriana.
Grupo sanguíneo:	"B"
Factor RH:	Positivo.
Estado civil:	Casada.
Ocupación:	Secretaria.
Raza:	Mestiza.
Escolaridad:	Tercer nivel.
Religión:	Católica.
Tipo seguro:	General.
Lugar de procedencia:	Vinces.

Lugar de residencia:	Av. 10 de agosto y calle 2.
Nivel socioeconómico:	Medio bajo.
Características del hogar:	Habita en la Prov. De Los Ríos en el cantón Vinces, en una casa propia que posee piso, paredes, muro y losa de concreto, con buena iluminación y ventilación, condiciones de higiene buena. Cuenta con servicios de energía eléctrica, alcantarillado, recolección de desechos y agua potable. En la división de la estructura de su casa posee comedor, sala, cocina, 3 dormitorios, 2 baños.

Datos de hospitalización

Hospital:	Hospital General IESS Babahoyo.
Sala:	Ginecología.
Fecha de ingreso:	04/05/2023.
Fecha de reingreso:	20/02/2023.

Fuente: Expediente clínico del Hospital General IESS Babahoyo.

Elaborado por: Angie Isabel Vargas Ponce.

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.

2.1.1. Motivo de la consulta

Dolor abdominal, sangrado transvaginal, náuseas y vértigo.

2.2.2. Historial clínico de la paciente

Tabla 4. Historia Clínica

Antecedentes patológicos

Antecedentes patológicos personales:	Gastritis crónica por helicobacter pilory, colitis no especificada, anemia crónica.
Antecedentes patológicos familiares:	Madre hipertensa que falleció por un ACV hace aproximadamente 2 años, padre falleció de un infarto agudo al miocardio hace 27 años y hermanos padecen de aneurisma cerebral.
Antecedentes patológicos quirúrgicos:	CUP: 2 Laparotomía exploratoria: 1
Alergias:	Medicamentos: Buprex, ibuprofeno y la cefalexina le provoca prurito.
Hábitos:	No drogas, no alcohol.

Antecedentes Gineco-Obstétricos

Menarquía:	11 años.
Ciclos menstruales/ características:	Regulares, ritmo de 28-30 días.
Fecha de última menstruación:	16/04/2022

Gestas: 5 C:2 A:2 E:1 P:0

Periodo intergenésico: 2 años.

Embarazo ectópico a los 42 años, posteriormente tuvo 2 embarazos que culminaron ambos a las 8 semanas de gestación ya que dejaron de presentar vitalidad cardiaca, el ultimo aborto fue hace 2 años.

Vacunación

SINOVAC: 1era dosis (22/07/2021), 2da dosis (23/08/2021).

Antecedentes Socioeconómicos/Epidemiológicos

Habita en la Prov. De Los Ríos en el cantón Vinces, en una casa propia que posee piso, paredes, muro y losa de concreto, con buena iluminación y ventilación, condiciones de higiene buena. Cuenta con servicios de energía eléctrica, alcantarillado, recolección de desechos y agua potable. En la división de la estructura de su casa posee comedor, sala, cocina, 3 dormitorios, 2 baños. Vive con su esposo y 2 hijas.

Fuente: Expediente clínico del Hospital General IESS Babahoyo.

Elaborado por: Angie Isabel Vargas Ponce.

2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual(anamnesis).

Evolución de la enfermedad actual

Paciente refiere cuadro clínico de evolución desde el 2 de febrero de 2022, caracterizado por letargo y nauseas, a finales del mes de abril de 2022 empezó el dolor abdominal tipo cólico intermitente de leve a moderada intensidad localizado en hipogastrio que no cedía con medicación, sangrado transvaginal de características rojo vinoso de poca cantidad sin presencia de coágulos, además refiere sentir una masa (palpable). Se ha realizado atenciones médicas previas al ingreso a esta institución de salud con tratamientos ambulatorios para anemia sin resultado aparente. Se decide ingreso hospitalario para resolución del caso.

2.3 Examen físico (exploración clínica).

Tabla 5. Examen físico general

Signos Vitales	
Frecuencia cardiaca	110 l/m
Tensión arterial	121/65
Frecuencia respiratoria	23r/m
Temperatura Corporal	36.5°
Saturación de oxígeno	97%

Estado de conciencia	Alerta
Proteinuria	-
Score mamá	
Parámetros	Puntaje
Frecuencia cardiaca	1
Sistólica	0
Diastólica	0
Frecuencia respiratoria	2
Temperatura corporal	0
Saturación de oxígeno	0
Estado de conciencia	0
Proteinuria	0
Total	3

Fuente: Expediente clínico del Hospital General IESS Babahoyo.

Elaborado por: Angie Isabel Vargas Ponce.

Tabla 6. Examen físico regional.

Exploración clínica	
Al momento de realizar examen físico regional la paciente se encuentra activa, orientada en tiempo y espacio, afebril, termodinámicamente estable.	
Facies:	Pálidas.
Cabeza:	Acorde a su biotipo, edad y sexo, normocéfalo.
Ojos:	Pupilas isocóricas reactivas.
Mucosas:	Semihúmedas, pálidas.
Orofaringe:	Sin valorarse.
Cuello:	Simétrico sin adenopatías.
Tórax:	Simétrico.
Mamas:	Simétricas.
CSPS:	Ventilados.
RSCS:	Rítmicos y normofonéticos.

Fuente: Expediente clínico del Hospital General IESS Babahoyo.

Elaborado por: Angie Isabel Vargas Ponce.

Tabla 7. Examen físico gineco-obstétrico.

Examen físico gineco-obstétrico.	
Abdomen:	Blando depresible, se observa aumentado de tamaño en región de hipogastrio a 3cm por debajo de la cicatriz umbilical, doloroso a la palpación por masa palpable móvil de consistencia dura.
Tacto vaginal:	Cérvix entre abierto, posterior, de consistencia dura. Se observa sangrado transvaginal de características rojo vinoso de poca cantidad sin presencia de coágulos.
Extremidades inferiores y superiores:	Simétricas, sin edema presente.

Fuente: Expediente clínico del Hospital General IESS Babahoyo.

Elaborado por: Angie Isabel Vargas Ponce.

2.4 Información de exámenes complementarios realizados

Tabla 8. Pruebas de laboratorio-hematología.

Biometría hemática		
04/05/2022	Resultado	Valores referenciales
Leucocitos	8.75	5 – 10 K/ μ L
Hemoglobina	10.7	12 – 15 g/Dl
Hematocrito	32.2	%
Volumen corpuscular medio	85.2	81 - 99 Fl
Conc.media hemoglobina (MCH)	28.3	Pg
Conc.hgb.corp.med (MCHC)	33.2	32 - 36 g/dL
Volumen plaquetario medio	8.6	7.4-10.4 fL
Monocitos	0.48	0.3 - 0.8 K/ μ L
Eosinófilos	0.20	K/ μ L

Linfocitos	1.82	1.1 - 3.2 K/ μ L
Neutrófilos	6.21	2.2 - 4.8 K/ μ
Basófilos	0.04	K/ μ L
Plaquetas	337	-
Recuento de glóbulos rojos	3.78	4 - 5.3 M/ μ
Monocitos %	5.4	0-8 %
Eosinofilos %	2.3	0-6 %
Linfocitos %	20.8	20-50%
Neutrofilos	71.1	37 -72%
Basofilos	0.4	0.2-1 %

Grupo sanguíneo ABO/RH

Grupo sanguíneo	B
Factor RH	Positivo

Homeostasia

INR	1.13	0.9-1.4
Tiempo de protrombina (TP)	13.7	11-16Seg
Tiempo trombotoplastina (TTP)	37.2	25.00 – 42.00seg

Fuente: Expediente clínico del Hospital General IESS Babahoyo.

Elaborado por: Angie Isabel Vargas Ponce.

Tabla 9. Pruebas de laboratorio-Química.

04/05/2022	Química sanguínea	
	Resultado	Valores referenciales
Sodio en suero	137	135 - 155 meq/L
Potasio en suero	3.2	3.5 - 5 meq/L
Cloro en suero	102	98 - 106 meq/L
Nitrógeno ureico(BUN)	11	4-22 mg/dL
Creatinina	0.5	0.5-12 mg/dL

Fuente: Expediente clínico del Hospital General IESS Babahoyo.

Elaborado por: Angie Isabel Vargas Ponce.

Tabla 10. Pruebas de laboratorios- Endocrinología

04/05/2022	H.C.G Coriónica
Beta hCG CUALITATIVA	Positiva
Beta hCG CUANTITATIVA	500.000 µ/dL

Fuente: Expediente clínico del Hospital General IESS Babahoyo.

Elaborado por: Angie Isabel Vargas Ponce.

Tabla 11. Pruebas de laboratorios- Inmunología.

04/05/2022	PCR cuantitativo ultrasensible	
	Resultado	Valores referenciales
PCR cuantitativo ultrasensible	2.06	0 – 5 mg/L
	HIV 1+2	
HIV 1+2	0.268	< 7.00 No reactivo > 7.00 Reactivo

Fuente: Expediente clínico del Hospital General IESS Babahoyo.

Elaborado por: Angie Isabel Vargas Ponce.

Tabla 12. Reporte de imágenes de emergencia

04/05/2022	Ecografía transvaginal inicial
	<p>Útero aumentado de tamaño de grávido en posición de ante versión en su interior se aprecia imagen anecoica ovalada que podría relacionarse a saco de gestación sin presencia de embrión al momento del estudio, y próximo a ello se aprecia imagen ecogénica con innumerables imágenes de espacios quísticos distribuidos de forma difusa y tamaño variable. Cérvix cerrado. Amnios anexos derecho e izquierdo morfológicamente normal. Fondo saco de Douglas libre</p> <p>ID. Embarazo molar.</p>

Fuente: Expediente clínico del Hospital General IESS Babahoyo.

Elaborado por: Angie Isabel Vargas Ponce.

Tabla 13. Reporte de imágenes luego de administrar de misoprostol.

05/05/2022	Ecografía transvaginal de control luego de administrar misoprostol
------------	--------------------------------------------------------------------

Paciente con app de embarazo molar.

Control post evacuación

Útero de localización habitual, superficie regular miometrio uniforme

Con un volumen aumentado de 178cc

Endometrio que mide 28mm con restos deciduocoriales en su interior

Ambos ovarios de volúmenes conservados.

Fuente: Expediente clínico del Hospital General IESS Babahoyo.

Elaborado por: Angie Isabel Vargas Ponce.

Tabla 14. Reporte de imágenes post- evacuación de mola.

05/05/2022	Ecografía transvaginal de control post- evacuación de mola
-------------------	-------------------------------------------------------------------

Con transductor multifrecuencia endocavitaria, equipo Philips se realiza rastreo ecográfico de control post legrado. Se observa útero ligeramente aumentado de tamaño, paredes de aparecía fibrosa, gruesas. Cavidad endometrial con presencia de imagen anecoica sugestiva de restos hemáticos en escasa cantidad. No hay imágenes compatibles con restos coriales, presencia de coágulos en poca cantidad en canal vaginal.

Reportado por: Dr. Édison Pinos (Ginecologo-Obstetra).

Fuente: Expediente clínico del Hospital General IESS Babahoyo.

Elaborado por: Angie Isabel Vargas Ponce.

Tabla 15. Reporte Radiológico.

27/05/2022	Radiológico de tórax- posición única: frontal
-------------------	------------------------------------------------------

Se visualiza en las imágenes obtenidas de radiografía de tórax en proyección AP:Tráquea sin desplazamientos, de calibre y trayecto conservado.

Silueta cardiaca de diámetro transversal normal.

No se observan lesiones pleuroparenquimatosas.

Ángulos costo y cardiofrenicos libres.

No se observan lesiones en estructuras óseas visibles.

Densidad ósea acorde a la edad cronológica del paciente.

Informado por: Pereira Guevara Pedro

Fuente: Expediente clínico del Hospital General IESS Babahoyo.

Elaborado por: Angie Isabel Vargas Ponce.

Tabla 16. Reporte de patología de la biopsia.

20/06/2022	Reporte de biopsia de útero y anexos obtenidos por histerectomía total.
-------------------	--------------------------------------------------------------------------------

Microscopia:

Se recibe útero y anexos

A) Anexo derecho la trompa de Falopio mide 3.5 cm de longitud y 0.5 cm de diámetro, la serosa es pardo gris al corte luz ocluida.

El ovario mide 2.0 x 2.5 cm, superficie blanco amarilla irregular al corte blanco rosado.

B) Anexo izquierdo la trompa de Falopio mide 3.6 cm de longitud x 0.6 cm de diámetro, la serosa es pardo gris al corte luz ocluida.

El ovario mide 2.9 x 2.5 cm superficie blanco amarilla irregular al corte blanco rosado.

C) El cuerpo uterino mide 7x8.5 cm, la serosa es pardo gris regular, al corte el endometrio es pardo rosado congestivo y el miometrio con 1 tumoración intramural de 0.8 cm, blanco rosada compacta, de consistencia dura y aspecto arremolinado.

D) El cuello uterino mide 3.5 x 5.5 cm superficie blanco amarilla irregular, orificio externo angosto al corte blanco gris y huevos de Naboth.

E) Se estudia fragmentos de tejidos que miden en conjunto 3 x 2.5 cm pardo GRATI6 hemorrágicos irregulares y blancos.

Se procesa varios cortes y se tire con hematoxilina-eosina.

Microscopia:

A y B) trompas de Falopio con restos paramesonefricos elementos inflamatorios de linfocitos en sus capas.

Ovarios con cuerpos blancos y congestión vascular.

C) Los cortes muestran glándulas de tipo secretor en el miometrio se aprecia nidos de células trofoblásticas y vellosidades coriales edematosas algunas avasculares y con hiperplasia del trofoblasto en zonas distribuidas en el miometrio.

D) Cuello uterino con cambios de metaplasia escamosa, el corion con moderada infiltrado inflamatorio de mononucleares hay glándulas endocervicales dilatadas y llenas de moco, congestión vascular y área de hemorragia.

E) Los cortes muestran vellosidades coriales avasculares y con hiperplasia del trofoblasto, moco y abundante material sanguíneo.

Diagnostico:

C) Correlacionar microscopia y diagnostico con evolución clínica, antecedentes, estudios por imágenes, laboratorio, especiales e inmunohistoquímica para comprobación y tipificación diagnostica de una mola invasora y neoplasia coriocarcinomatosa y de otra índole previo inicio conducta terapéutica a seguirse.

A y B) Trompas de Falopio: Restos paramesonefricos salpingitis crónica.

Ovarios: Cuerpos blancos.

D) Cuello uterino: Metaplasia escamosa, cervicitis crónica

E) Fragmento de tejido: Restos ovulares.

Fuente: Informe particular del Anatómo patólogo Dr Rubén Hidrovo Barreiro, obtenido por la paciente.

Elaborado por: Angie Isabel Vargas Ponce.

Tabla 17. Reporte de patología de la biopsia de contenido uterino.

11/07/2022 -Reporte de biopsia de contenido uterino obtenido por LUI.

Origen de la muestra: biopsia de contenido uterino.

Microscopia: se recibe 50 cc de material fijado en formol, incluye material hemático y membranoso con áreas de aspecto veloso, consistencia blanda friable. Sp 3c

Microscopia: Los cortes histológicos muestran en un fondo hemorrágico vellosidades coriónicas con degeneración hidrópica avasculares, se identifican áreas con hiperplasia del cito y sincitio trofoblasto con marcadas atipias

Diagnostico:

-Enfermedad trofoblástica gestacional: sugestiva de mola hidatiforme completa con proliferación trofoblástica atípica, debe descartarse mola invasiva

Dra. Tania Triana

Nota: se recomienda seguimiento, controles de nivel sanguíneos de hCG, controles imagenológicos ecográficos pélvicos y rx de tórax.

Considerar estudios de IHQ KI 67 y citogenéticos.

Fuente: Expediente clínico del Hospital General IESS Babahoyo.

Elaborado por: Angie Isabel Vargas Ponce.

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

Diagnostico presuntivo

Dolor abdominal y pélvico. (R101) +Otras hemorragias uterinas o vaginales anormales, no especificada. (N939) +Mola hidatiforme, no especificada. (O019)

Diagnostico diferencial

Tumor de comportamiento incierto o desconocido del útero. (D390) + Tumor de comportamiento incierto o desconocido de la placenta. (D392) + Trastorno de la placenta, no especificado. (O439) + Tumor maligno del endometrio. (C54.1)

Diagnóstico definitivo

Mola Invasora (D39.2) + Choque hipovolémico (R571).

2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.

Paciente femenino de 48 años de edad refiere dolor abdominal tipo cólico intermitente de leve a moderada intensidad localizado en hipogastrio que no cedía con medicamentos, sangrado transvaginal de características rojo vinoso de poca cantidad sin presencia de coágulos, náuseas y vértigo, con evolución desde el 2 de febrero de 2022 síntomas que se fueron intensificando y complementando hasta finales del mes de abril de 2022 y además refiere sentir una masa (palpable) a 3cm por debajo de la cicatriz umbilical que duele a la palpación. Se solicita ecografía, exámenes de laboratorio: Biometría, químicos, coagulación y hCG coriónica y administración de Cloruro de sodio al 0.9% 1000cc 45ml/h y omeprazol cada día IV STAT. Con el reporte de imágenes y laboratorios se propone el ingreso a hospitalización de ginecología para ingreso para realizar limpieza uterina, se administra Cloruro de sodio 1000 cc al 9% 30 gotas por minuto IV y misoprostol 600 mcg SL STAT, control de signos vitales, se da aviso a anestesiología y quirófano del caso.

2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.

La enfermedad trofoblástica gestacional en ginecología comprende una variedad de trastornos neoplásicos originados en el trofoblasto después de una fertilización anómala. Esta condición se caracteriza por una proliferación e invasión descontrolada del trofoblasto, con una inclinación hacia la formación de metástasis a través de la circulación sanguínea. (Bagatella, 2019)

Según (Bagatella, 2019) la etiología de esta enfermedad es singular, ya que consiste en un conjunto de neoplasias del sistema genital femenino que tienen su origen en el material genético del progenitor masculino. La ETG se categoriza en función de sus características histopatológicas, citogenéticas y clínicas.

Las causas clínicas más destacadas que aumentan el riesgo de desarrollar una mola invasiva son maternidad a una edad superior a 40 años, historial de partos múltiples y experiencias previas de embarazos molares o abortos, niveles elevados de hormona gonadotropina coriónica humana (hCG) superiores a 100.000 unidades internacionales por litro (UI/l) y la cantidad de proliferación del trofoblasto durante la evacuación. (Bagatella, 2019)

Los rasgos ecográficos de una mola completa en una ecografía del primer trimestre se caracterizan por el aumento del tamaño del útero y la presencia de masas heterogéneas, mayoritariamente ecogénicas, junto con múltiples áreas hipoecoicas, lo que se denomina apariencia de "tormenta de nieve". La masa en el útero también incluye numerosos quistes anecoicos que presentan variaciones de tamaño, que pueden oscilar entre 1 y 30 mm, y este aspecto se describe como un patrón de "racimo de uvas". (Carvajal y Barriga, 2022)

A medida que el embarazo avanza, estos espacios químicos aumentan tanto en tamaño como en cantidad. En la mayoría de los casos, no se detectan partes fetales, excepto en situaciones excepcionales en las que se presenta una mola completa debido a la fecundación dispérmica. (Bagatella, 2019)

Tomando como ejemplo el caso de esta paciente, ella se encuentra en periodo de la perimenopausia ya que cursa 48 años de edad, con antecedentes de 2 abortos y 1 embarazo ectópico. Obtuvimos los resultados de los exámenes

donde la ecografía reporta lo siguiente: “Se aprecia imagen anecoica ovalada que podría relacionarse a saco de gestación sin presencia de embrión al momento del estudio, y próximo a ello se aprecia imagen ecogénica con innumerables imágenes de espacios quísticos distribuidos de forma difusa y tamaño variable” dicha descripción características de un embarazo molar. Y los resultados de laboratorio indican que la fracción de hormona gonadotropina coriónica humana (hCG) se encontraba elevada con el valor de 500.000 μ /dL.

Posterior a la primera evacuación uterina y en espera de los resultados de patología, la paciente retorna por emergencia y en la ecografía solicitada se evidencia de nuevo múltiples áreas hipoecoicas. Durante la segunda evacuación propuesta el sangrado persistente resultó en una situación de emergencia hemodinámica en la paciente, lo que llevó a la activación del código rojo. Para abordar esta situación, se insertó un balón intrauterino y se aplicó la técnica Zea para controlar el sangrado, al mismo tiempo que se administran hemoderivados sanguíneos para estabilizar a la paciente se propuso una panhisterectomía debido al sangrado continuo. Los familiares aceptaron la explicación sobre las condiciones clínicas obstétricas de la paciente y procedieron a firmar la hoja del consentimiento informado.

2.8 Seguimiento

El seguimiento de la paciente empieza desde el primer instante que acude al área de emergencia y es valorada por presentar dolor abdominal en región de hipogastrio tipo cólico intermitente de leve a moderada intensidad, sangrado transvaginal de características rojo vinoso, náuseas y vértigo, se administró medicación y se solicitó una ecografía transvaginal inicial, exámenes de laboratorio. Disponiendo de los resultados recabados la ecografía indicaba el embarazo molar y la Beta hCG positiva y elevada (500.000 μ /dL), se realizó interconsulta al área de ginecología y obstetricia.

Es revalorada por el Ginecólogo y se le indicó a la paciente y familiar la conducta obstétrica que se debe seguir e instaurar de inmediato el tratamiento, se indicó su pase a piso de Ginecología, se solicitó consentimiento informado. y preparar a la paciente para ingresar a quirófano para la evacuación uterina. La paciente post legrado instrumental uterino evoluciona clínicamente favorable,

sus signos vitales estables, resultados de exámenes de control post LUI de hemoglobina 7.6 y hematocrito 22.4, se le realizó RX, ecografía de control y transfusión de 1CGR y sin mayor novedad. Paciente en condición de alta médica, se indica receta y control por consulta externa de la prueba Beta hCG cuantitativa seriada y la revisión de los resultados de RX.

Paciente acude a su control por consulta externa 4 días después, la paciente se encuentra estable, el abdomen depresible, útero intrapelvico, sangrado vaginal leve, control de hematocrito 27.1 y de hemoglobina de 9.0 y resultado de Beta hCG cuantitativa con fecha 2022/05/09 de 58.680.20.

Paciente regresa por el área de emergencia 10 días después por presentar sangrado transvaginal de características rojo vinoso en moderada cantidad con coágulos, dolor abdominal leve a nivel de hipogastrio, náuseas, incapacidad funcional. Se solicitan nuevos exámenes de laboratorio, ecografía transvaginal y RX. Con los resultados obtenidos. Se decide el ingreso a sala de Ginecología para preparar a la paciente para la realización de legrado uterino, se comunicó a familiar y se solicitó consentimiento informado.

Paciente se sometió a legrado uterino instrumental por aparente mola recidivante en vista de que el sangrado fue incesante y hubo compromiso hemodinámico de la paciente se activa clave roja y se colocó balón intrauterino técnica Zea y se estabiliza a la paciente con hemoderivados y se procede a dialogar con el familiar sobre la complicación que se está presentando en ese momento. se propone una panhisterectomía por el sangrado incesante, los familiares aceptaron la explicación y procedieron a firmar la hoja del consentimiento informado.

El tratamiento médico combinado con el quirúrgico fue bien tolerado por la paciente. Actualmente paciente cumple con sus controles mensuales, los valores de Beta hCG de control han descendido gradualmente, marcadores tumorales, resonancia magnética (MRI) del cerebro y TC abdomino-pélvica y RX sin novedades. La secuela con la que quedó, pero que ya se encuentra estabilizando es la anemia y bajo peso.

2.9 Observaciones

La paciente evoluciono clínicamente favorable posterior a intervención quirúrgica de emergencia. La eficiencia y conomiento acerca de la patología por parte del equipo médico multidisciplinario permitió ofrecer un tratamiento oportuno y actuar de manera inmediata y precisa. Cabe recalcar que, al momento de la emergencia, como en el ingreso de la paciente a esta Institución de salud se comunica a la usuaria y familiares sobre el estado de salud, ventajas e inconvenientes ante la conducta obstétrica propuesta a seguir y ellos proceden a firman el consentimiento informado. Transcurrido más de un año la evolución es satisfactoria, la paciente continua con sus controles sin presentar novedad alguna.

CONCLUSIONES

El estudio anatomopatológico fue esencial para lograr el diagnóstico definitivo y concluyente. El manejo quirúrgico se llevó a cabo de manera oportuna con el propósito de preservar una vida. Una vez más, se ha demostrado que los procedimientos hospitalarios estandarizados son altamente efectivos y eficientes para abordar estas situaciones de emergencia.

La capacidad del médico tratante para tomar decisiones de manera adaptativa, incluso siguiendo los protocolos establecidos, influye en la colaboración dentro del equipo médico y refuerza la prevención de la mortalidad materna. Es crucial y de gran importancia realizar un seguimiento adecuado de las pacientes después de la intervención quirúrgica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Barber, E. L., y Soper, J. T. (2018). Enfermedad trofoblástica gestacional. En P. DiSaia, W. T. Creasman, R. S. Mannel, y D. MeMeekin, *Oncología ginecológica clínica*. (9 ed., p. 172). Barcelona, España: Elsevier. https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=_L5dDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA163&dq=enfermedad+trofoblastica+gestacional&ots=cSOCYAOoEh&sig=KYds6qrYRke41uf_kMOD8yIhVJM#v=onepage&q&f=false
2. Carvajal, J., y Barriga, I. (2022). *Manual Obstetricia y Ginecología* (Vol. 13). Santiago de Chile: Carvajal Cabrera, Jorge Andrés. https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2022/03/Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2022_compressed.pdf
3. Casanova, R., Chuang, A., Goepfert, A. H., y Weiss, P. (2019). *Beckmann y Ling: Obstetricia y Ginecología* (8 ed.). Barcelona, España: Wolters Kluwer.
4. Coronado, P. J., Marquina, G., Diestro, M., Alonso, S., del Río, A. S., Hardisson, D., . . . de Santiago. ., J. (2020). Guía de Asistencia Práctica* Enfermedad trofoblástica gestacional. *Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*, 3, 168. <https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n3/05-GAP-enfermedad-trofoblastica-gestacional.pdf>
5. Cunningham, F., Leveno, K., Bloom, S., Dashe, J., Hoffman, B., Casey, B., y Spong, K. (2019). *Williams Obstetricia* (25 ed., Vol. 25). McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V.
6. Espinoza, A., Fernandez, R., y Solar, T. (2019). Actualización en patología trofoblástica gestacional: mola hidatiforme y neoplasias. *Revista Médica Sinergia*, 4(4), 44 - 59. <https://doi.org/https://doi.org/10.31434/rms.v4i5.193>

7. Fontoura, G., Dotti, S., y Citrin, E. (2022). Neoplasia trofoblástica gestacional: mola invasora. *Archivos de Ginecología y Obstetricia*, 60(1510-8678), 78.
8. Goldstein, D. P., Berkowitz, R. S., y S., H. N. (2020). Enfermedad Trofoblastica Gestacional. En J. E. Niederhuber, *Abeloff Oncología Clínica* (Vol. 6, p. 1545). Barcelona, España: Elsevier.
9. Guijarro, A., Perez, O., y Sanchez, R. (2022). 12 Metrorragias del primer trimestre: enfermedad trofoblástica gestacional. En A. Nieto, J. Quiñonero, y P. Cascales, *Obstetricia y Ginecología* (p. 69). Barcelona, España: Elsevier.
https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=DJpxEAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA69&dq=fisiopatologia+enfermedad+trofoblastica+gestacional&ots=3U_kQsxWNR&sig=_KmKYjjY-Hu4722OmaQ1YA7St1l#v=onepage&q=fisiopatologia%20enfermedad%20trofoblastica%20gestacional&f=false
10. Moreno, F., y Vasquez, M. (2021). *EVOLUCIÓN Y FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA, ENERO - JUNIO, 2021. (Tesis de Pregrado)*. Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, Facultad de Ciencias de la Salud, Republica Dominicana.
<https://repositorio.unphu.edu.do/bitstream/handle/123456789/4398/Evoluci%20c3%b3n%20y%20factores%20de%20riesgo%20de%20enfermedad%20trofobl%20a1stica-%20Florangel%20Marisel%20Moreno%20Javier%20y%20Meylen%20Yokasta%20V%20Paredes.pdf?sequence=1&isA>

11. Narvaez, C., Sanchez, A., y Hernandez, J. (2022). *CARACTERIZACIÓN DE LOS ASPECTOS CLINICOS, MÉTODOS DIAGNÓSTICOS, MANEJO Y EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL EN UNA INSTITUCIÓN DE TERCER NIVEL (Tesis de cuarto nivel)*. FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y EL DEPORTE DIRECCIÓN DE POSGRADOS. Colombia: FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA. <https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/4676/ANEXO%201%20Trabajo.docx.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Ngan, H., Seckl, M., Xiang, Y., Golfier, F., Sekharan, P., Lurain, J., y Massuger, L. (2021). *Diagnóstico y manejo de la enfermedad trofoblástica gestacional: actualización 2021*. International Journal of Gynecology & Obstetrics, INFORME DE CÁNCER FIGO 2021. Obstetrics & Gynaecology. <https://doi.org/https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.13877>
13. Ojeda, A., y Gonzalez, M. (2022). Enfermedad Trofoblástica Gestacional. En E. Angel-Muller, M. Parra, A. Bautista, E. Angel-Muller, M. Parra, y A. Bautista (Edits.), *Obstetricia Integral siglo XXI (Vol. 2)*. Colombia: Universidad Nacional de Colombia. https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=335IEAAQBAJ&oi=fnd&pg=RA1-PA11&dq=enfermedad+trofoblástica+gestacional&ots=iRcGb4J1DW&sig=mTcNQR6Zmcr_I0XygCNftOzRt3E#v=onepage&q&f=false
14. Sanamé-Columbié, O., Jiménez-Lobaina, O., y Jiménez-Reyes, W. (2021). Mola invasiva. Presentación de un caso. *Revista Información Científica*,

100(1028-9933),

2.

<https://www.redalyc.org/journal/5517/551769293006/551769293006.pdf>

15. (Bagatella, 2019). <http://www.fasgo.org.ar/images/REVISTA-FLASOG-NO8.pdf>

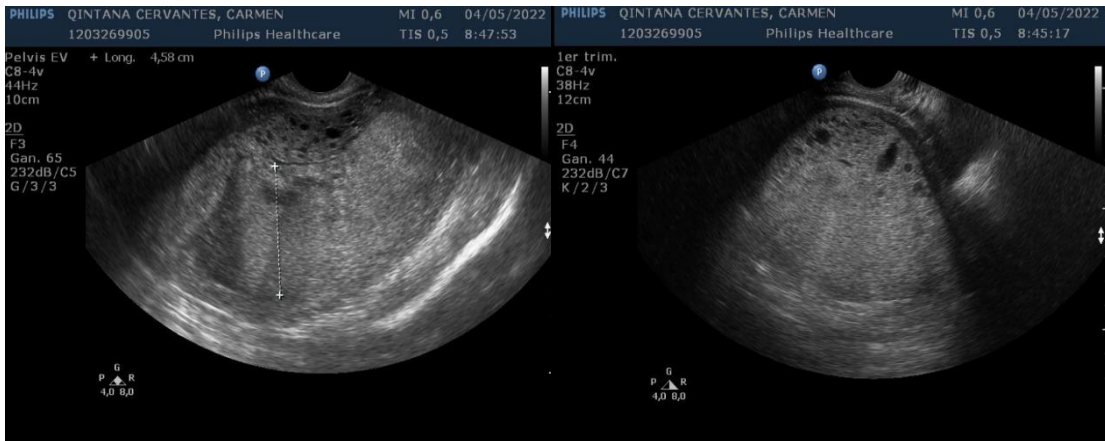
ANEXOS

Ilustración 1. Masa en región pélvica.



Fuente: Fuente: Vargas Ponce Angie Isabel.

Ilustración 2. Ecografía transvaginal inicial



Fuente: Capturadas Vargas Ponce Angie Isabel del Ecógrafo Philips del área de Imágenes del Hospital General IESS Babahoyo.

Ilustración 3. Resultados de Beta hCG cuantitativa inicial.

PACIENTE: Sra. Carmen Quintana Cervantes
SOLICITA:
FECHA: 2022-05-03

INMUNO DIAGNÓSTICO

Prueba	Resultado	Unidades	Valor Referencial
Beta hCG cuantitativa	500.000	IU/lit	En mujeres no embarazadas hasta 10 IU/lit 1 Semanas 10 - 30 2 Semanas 30 - 100 3 Semanas 100 - 1.000 4 Semanas 1.000 - 10.000 2 Meses 10.000 - 100.000 4 Meses 15.000 - 100.000 2 Trimestre 10.000 - 30.000 3 Trimestre 5.000 - 15.000

Atte.
Dr. Hugo Veliz Diaz
LABORATORISTA Y ADMINISTRADOR

Fuente: Paciente.

Ilustración 4. Ecografía transvaginal que corresponde al segundo ingreso.



Fuente: Capturadas por estudiante del Ecógrafo SonoScape de Consulta externa del área de Ginecología del Hospital General IESS Babahoyo.

Ilustración 5. Despejando dudas a la paciente a cerca del procedimiento.



Fuente: Vargas Ponce Angie Isabel.

Ilustración 6. Legrado uterino instrumental de emergencia.



Fuente: Vargas Ponce Angie Isabel.

Ilustración 7. Procedimiento quirúrgico de emergencia



Fuente: Vargas Ponce Angie Isabel.

Ilustración 8. Útero y anexos.



Fuente: Vargas Ponce Angie Isabel

Ilustración 9. Vigilancia de la paciente en el post operatorio.



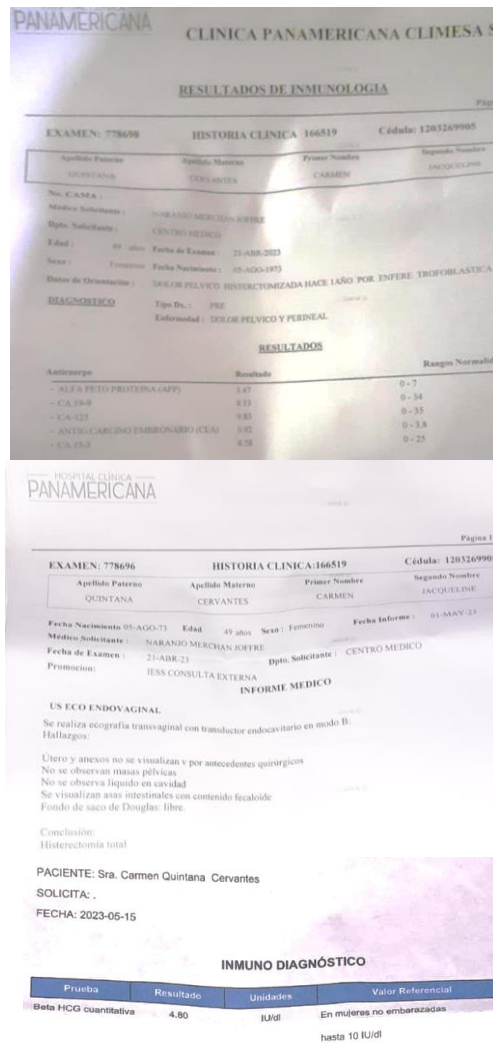
Fuente: Vargas Ponce Angie Isabel

Ilustración 10. Reporte de patología



Fuente: Paciente.

Ilustración 11. Resultados de exámenes de control.



Fuente: Paciente.

CASO CLINICO VARGAS PONCE ANGIE2

5%
Similitudes



< 1% Texto entre comillas
0% similitudes entre comillas
3% Idioma no reconocido

Nombre del documento: CASO CLINICO VARGAS PONCE ANGIE2.docx
ID del documento: f1bbb383a8b7202434d5dad8f93ac997f158bd59
Tamaño del documento original: 82,42 kB

Depositante: MARTINEZ ALVAREZ MARLON EDUARDO
Fecha de depósito: 29/9/2023
Tipo de carga: Interface
fecha de fin de análisis: 29/9/2023

Número de palabras: 7682
Número de caracteres: 52.412

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes

Fuentes principales detectadas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	medicna.uc.d http://medicna.uc.d/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2018.pdf	1%		Palabras idénticas: 1% (105 palabras)
2	www.fasgo.org.ar http://www.fasgo.org.ar/images/Diagnostico_y_manejo_de_la_enfermedad_trofoblastica_gestacional...	1%		Palabras idénticas: 1% (91 palabras)
3	dspace.utb.edu.ec Paciente femenino de 31 años con neumonía bacteriana adq... http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/49000/9841/3/E-UTB-FCS-TE-RRR-000145.pdf.bt 7 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (54 palabras)
4	dspace.utb.edu.ec Acretismo placentario Importancia del diagnóstico oportuno http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/49000/8419/3/E-UTB-FCS-OBST-000245.pdf.bt 7 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (54 palabras)
5	dspace.utb.edu.ec Embarazo molar en paciente de 27 años con 11 semanas de g... http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/49000/4496/6/E-UTB-FCS-OBST-000015.pdf.bt 5 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (50 palabras)

Fuentes con similitudes fortuitas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	dspace.utb.edu.ec Proceso atención de enfermería en gestante de 31.5 semanas ... http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/49000/11566/5/E-UTB-FCS-ENF-000666.pdf.bt	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (29 palabras)
2	dspace.utb.edu.ec Proceso de atención de enfermería en paciente de 28 años de... http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/49000/8290/3/E-UTB-FCS-ENF-000301.pdf.bt	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (25 palabras)
3	hdl.handle.net Enfermedad del trofoblasto y caso clínico en un Hospital de la Re... http://hdl.handle.net/20.500.12819/807	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (13 palabras)
4	icdcode.info CIE-10 código D39.2 Tumor de comportamiento incierto o descono... http://icdcode.info/espansp/cie-10/codigo-d39.2.html	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (16 palabras)
5	www.sintesis.med.uchile.cl sintesis.med.uchile.cl - 47. Enfermedad Del Trofobla... http://www.sintesis.med.uchile.cl/index.php/especialidades/ginecologia-y-obstetricia/135-revisio...	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (10 palabras)