

EMBARAZO MOLAR

Dr. Germán E. Chacón Vivas

**Gineco-Obstetra
Profesor**



CONCEPTO

- Síndrome hemorrágico de la primera mitad de la gestación, acompañado ocasionalmente por expulsión de vesículas, caracterizado por cambios del corion consistentes en:
 - Proliferación trofoblástica
 - Edema de las células del estroma
 - Disminución o ausencia de vasos sanguíneos

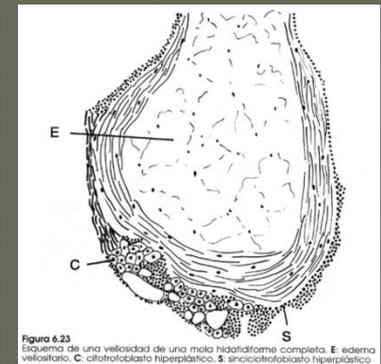


Figura 6.23
Esquema de una vellosidad de una mola hidatidiforme completa. E, edema vellositario; C, citotrofoblasto hiperplásico; S, sincitiotrofoblasto hiperplásico.

OTROS CONCEPTOS

ENFERMEDAD TROFOBLASTICA GESTACIONAL

- ◉ Mola Hidatidiforme
- ◉ Mola Invasora (Corioadenoma destruens)
- ◉ Coriocarcinoma

-
- **Enfermedad Trofoblástica Gestacional**
 - **Enfermedad Trofoblástica Persistente**
 - **Endometritis Sincicial**

FRECUENCIA

-
- **Novak (U.S.A.)** 1 x 2.500
 - **Herting (U.S.A.)** 1 x 2.000
 - **Pineda (Venezuela)** 1 x 834
 - **Mc Gregor (México)** 1 x 613
 - **Marquina (Mérida, Venezuela)** 1 x 285
 - **Wei-Ping (Formosa)** 1 x 82

 - **Mola Embrionada** 1 x 12.000

ETIOPATOGENIA

FACTORES ASOCIADOS

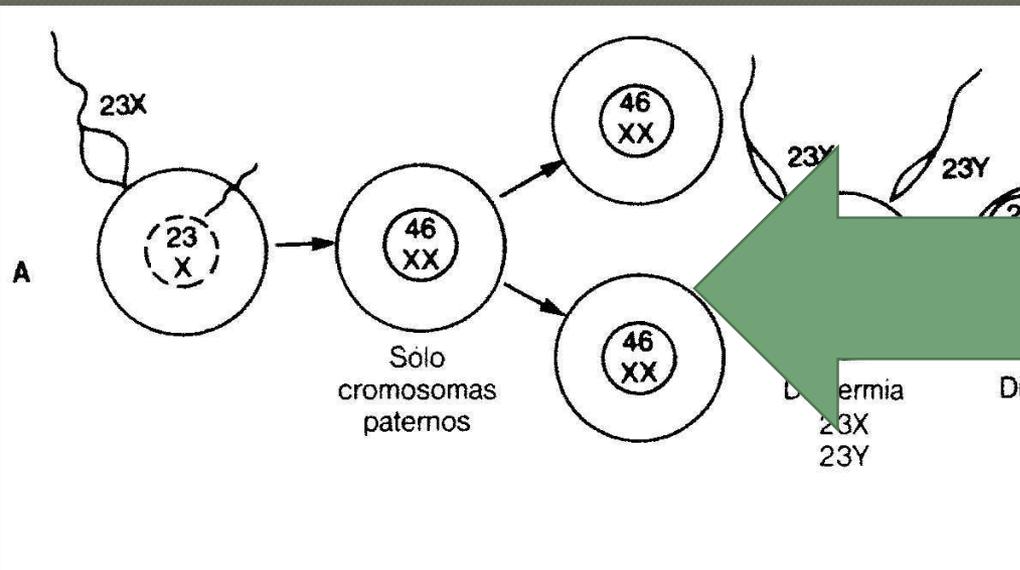
- ▶ Pobreza
- ▶ Deficiencia proteica y de vitamina A
 - ▶ Edad extrema de los cónyuges
 - ▶ Grupo sanguíneo tipo A
- ▶ Células germinales en condiciones de inmadurez
 - ▶ Oocitos y espermatozoides viejos
 - ▶ Factor Rh negativo
 - ▶ Inmunodeficiencia
 - ▶ Factores genéticos

CLASIFICACION ETIOLOGICA

➡ LA MOLA HIDATIDIFORME TOTAL O COMPLETA:

- ➡ Se origina por la fertilización de un oocito con núcleo inactivo que al replicarse resultara en un 46/XX o un 46/XY, siempre de origen paterno.
- ➡ Es la más frecuente (80%) y la de mayor potencial de malignización (12 a 25%)
- ➡ De ella proceden el 40 a 75% de los coriocarcinomas.

MOLA HIDATIDIFORME TOTAL O COMPLETA



Un oocito con núcleo inactivo es fertilizado por un espermatozoide. Sólo cromosomas de origen paterno.

Figura 7-5. A, Origen cromosómico paterno de una mola clásica completa (46 XX). B, Origen cromosómico triploide de una mola parcial (dispermia 69 XXY).

CLASIFICACION ETIOLOGICA

▶ LA MOLA HIDATIFORME PARCIAL O EMBRIONADA:

- ▶ Procede de una polispermia, de dos espermatozoides fecundando un oocito con núcleo normal, resultando un cariotipo 69/XXX o 69/XXY
- ▶ Igualmente puede producirse al fecundar un espermatozoide normal a un oocito diploide. También puede darse por la fecundación de un espermatozoide diploide a un oocito normal donde falló la primera división meiótica

MOLA HIDATIDIFORME PARCIAL O EMBRIONADA

Dos espermatozoides
fecundan un oocito
con núcleo normal

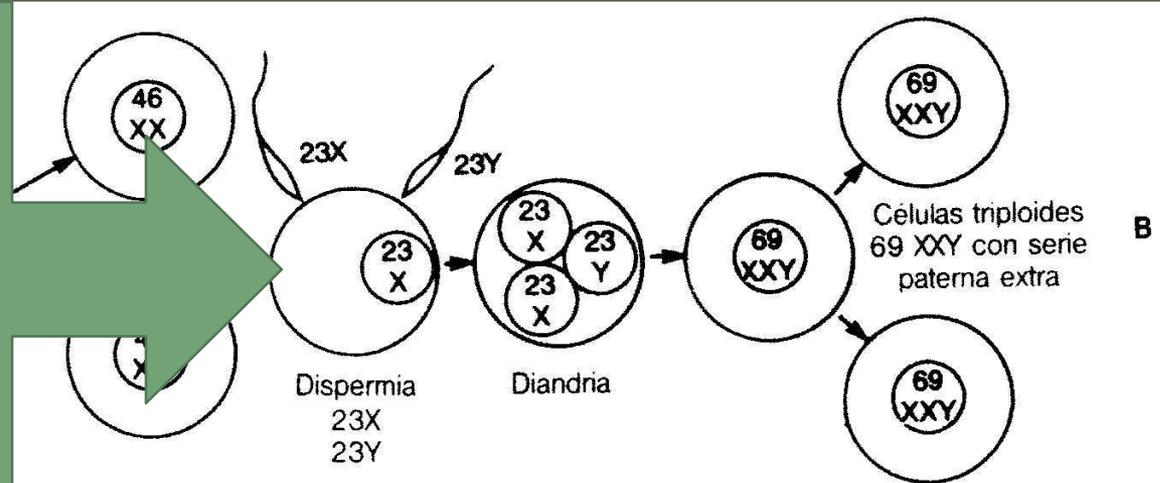


Figura 7-5. A, Origen cromosómico paterno de una mola clásica completa (46 XX). B, Origen cromosómico triploide de una mola parcial (dispermia 69 XXY).

CLASIFICACION ETIOLOGICA



▶ LA MOLA HIDATIFORME PARCIAL O EMBRIONADA:

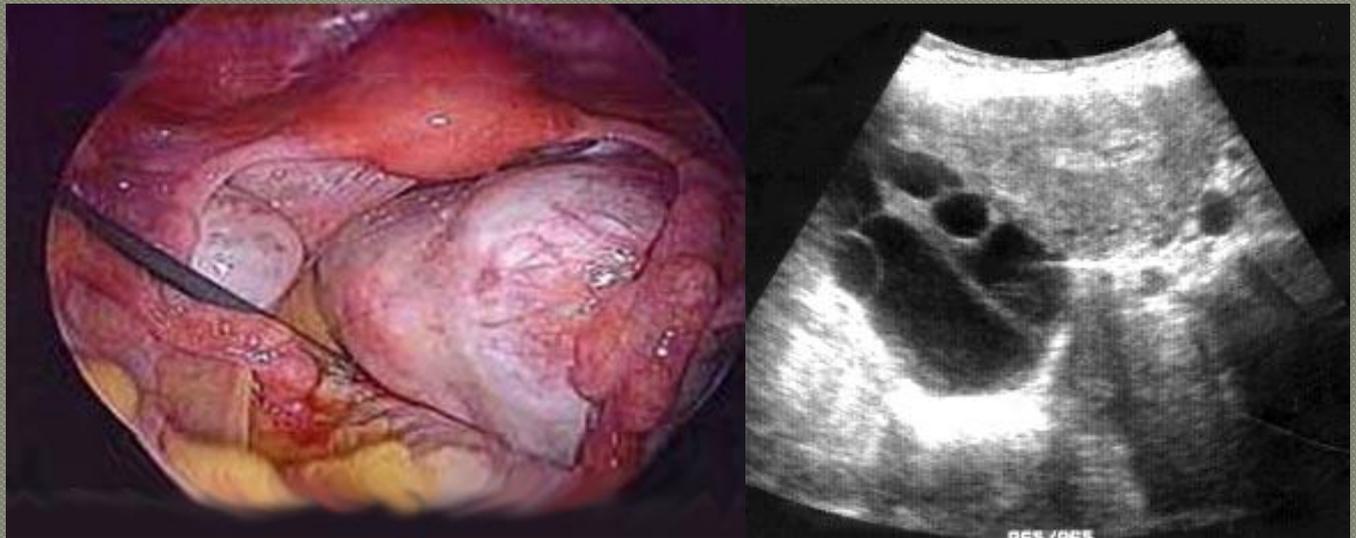
- ▶ Ambos dan lugar a una mola parcial, donde el embrión o feto posee nula o escasa posibilidad de supervivencia y en este caso, son frecuentes las polimalformaciones.
- ▶ El potencial de malignidad es nulo o inexistente a menudo pasan inadvertidas, confundándose con un aborto o un huevo muerto, aun desde el punto de vista ecográfico.

CLASIFICACION

HERTING Y MANSELL

- **Grado I** **Aparentemente benigna (1 % de malignización)**
- **Grado II** **Potencialmente maligna (5 % de malignización)**
- **Grado III** **Aparentemente maligna (10 % de Malignización)**

CLINICA



SINTOMAS

- **Amenorrea variable**
- **Metrorragia persistente**
- **Manifestaciones gestólicas (Sialorrea, náuseas, vómitos)**

SIGNOS

- Hemorragia genital irregular (Sangre roja), ocasionalmente con vesículas
- Desproporción entre altura uterina y amenorrea
- Consistencia blanda y pastosa del útero
- Ausencia de movimientos fetales
- Presencia de quistes luteínicos (20 – 30 %)
- Formación precoz del segmento inferior
- Cérvix blando. Se pueden tactar vesículas



SINDROME GENERAL

➤ **Anemia**

➤ **Gestosis (25 %)**

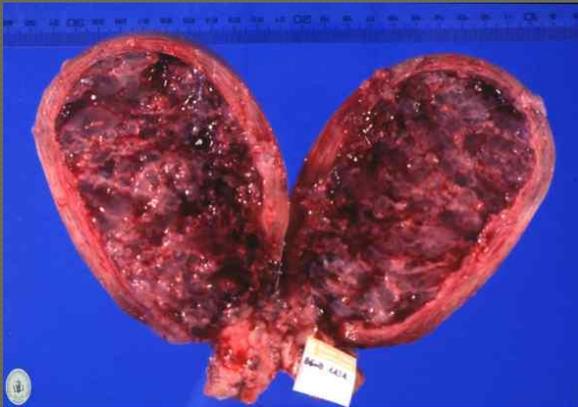
➤ **Hipertiroidismo**

FORMAS CLINICAS



- De acuerdo a su extensión:
Parcial
Total
- Cualquiera de las dos:
Hueca
Embrionada

● De acuerdo a su expresión:



Mola tóxica (Síndrome de Insuficiencia Hepato-Renal)

Mola hemorrágica

Mola atrófica

Mola hipertrófica

Mola disecante

COMPLICACIONES

-
- ◉ Hemorragia
 - ◉ Infección
 - ◉ Perforación uterina
 - ◉ Malignización

DIAGNOSTICO



○ Clínica

○ Laboratorio

○ ULTRASONIDO

○ Radiología

○ Otros

CLINICA

- SINTOMAS

- SIGNOS

- SINDROME GENERAL

LABORATORIO

- **GENERAL:**

Hematología

Uroanálisis

Funcionalismo hepático

Funcionalismo renal

Funcionamiento tiroideo

LABORATORIO

- **ESPECIALIZADO:**

Gonadotropina Coriónica Humana (Fracción beta)

Lactógeno Placentario Humano

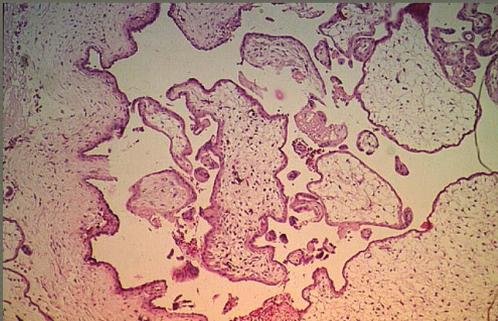
Tirotrofina Trofoblástica

Estrógenos - Progesterona

Transaminasa Glutámico-Oxaloacética

RADIOLOGIA y OTROS

- Placa simple
- Molografía
- Electrocardiografía fetal
- Isótopos radioactivos (P 32, metástasis)



- Anatomía Patológica

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

CLINICA	ABORTO	E. MOLAR	E. ECTOPICO
Antecedentes	Ausentes	Gestosis (Hiperémesis)	E. I. Pelviana. Cirugía
Inicio	Variable	Prolongado	Agudo
Sangrado	Rutilante. Repite	Negrusco con vesículas	Único. Mixto
Dolor	Progresivo según F. C.	Ausente o leve	Muy intenso
Shock	Raro. Condicional	Ausente	Presente
Útero	Acorde a la amenorrea	Mayor que la amenorrea	Tumoración parauterina
Consistencia Ut.	Normal. Gravídica	«Pastosa»	Variable
Contractilidad Ut.	Presente. Variable. Progr.	Ausente	Ausente
Foco Fetal	No detectable. Normal	Ausente	Ausente
Tacto	Cuello varía con la F. C.	Formación precoz del S. I.	Dolor. Tumor parauterino
Espéculo	Sangrado por el O. C. E.	Vesículas a través del C.	Cuello cerrado

TRATAMIENTO

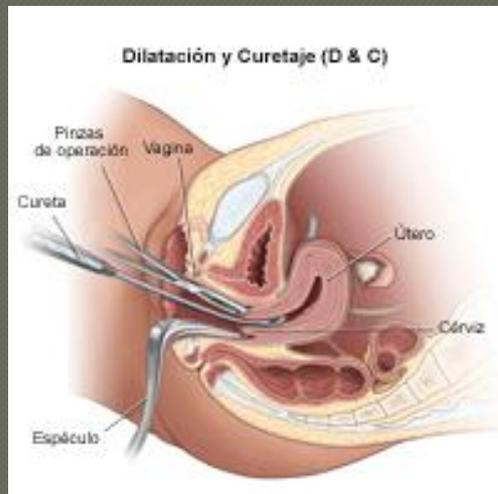
-
- ◉ Médico
 - ◉ Toco-quirúrgico
 - ◉ Quimioterápico
 - ◉ Radioterápico
 - ◉ Combinado

MEDICO

- **Inducción (Ocitócicos)**
 - **Fluido y Hemoterapia**
 - **Ergonovínicos**
 - **Antibióticos**
- **Control de la gestosis y del hipertiroidismo**
 - **Anticoncepción (Hormonal. D.I.U.)**

TOCO-QUIRURGICO

- Evacuación uterina (Material completo, fraccionado)



- Legrado digital
- Aspiración endouterina
- Legrado instrumental
- Histerectomía
- Histerectomía en bloque

QUIMIOTERAPICO

- Ametopterina (Metotrexate)
- Actinomicina D
- Clorambucil
- 6-Mercaptopurina (Purinethol)

DOSIFICACION

- **Ametopterina (Metotrexate):**
- 5 mg/d x V.O. x 5 días (Cada 5 días)

- **Actinomicina D:**
- 0.5 mg/d x V.I.V. x 5 días (Cada 15 días)

- **Clorambucil:**
- 10 mg/d x V.O. x 25 días

- **6-Mercaptopurina (Purinethol):**
- 100 mg/d x V.O. x 5 días

¡¡ MUCHAS GRACIAS !!

Espero sus preguntas

gerchavi@gmail.com