



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD REPRODUCTIVA

TRABAJO ACADÉMICO

ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

PRESENTADO POR:

ANGELICA MARIA SOSA AROCUTIPA

ASESOR

Mg. JUANA ROSA VERA JUÁREZ

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD
REPRODUCTIVA CON MENCIÓN EN INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA,
ALTO RIESGO OBSTÉTRICO Y MONITOREO FETAL**

MOQUEGUA – PERÚ

2022

ÍNDICE DEL CONTENIDO

PAGINA DEL JURADO.....	i
ÍNDICE DEL CONTENIDO	ii
ÍNDICE DE TABLAS	iii
ÍNDICE DE FIGURAS	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
CAPÍTULO I.....	1
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	1
1.2. JUSTIFICACIÓN	2
1.3. MARCO TEÓRICO	3
1.3.1. ANTECEDENTES.....	3
1.3.2. CONCEPTOS BÁSICOS	6
CAPÍTULO II	18
CASO CLÍNICO.....	18
2.1. OBJETIVOS	18
2.2. SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO	18
2.3. DISCUSIÓN DEL CASO CLÍNICO	38
2.4. CONCLUSIONES.....	39
2.5. RECOMENDACIONES	39
BIBLIOGRAFÍA	40
ANEXOS	43

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Clasificación de la ETG.....	8
Tabla 2 Estadiaje de la ETG.....	13
Tabla 3 Clasificación histológica.....	13
Tabla 4 Diagnóstico diferencial	15
Tabla 5 Resultados de hemograma.....	27
Tabla 6 Resultados de examen completo de orina.....	28
Tabla 7 Dosaje cuantitativo de HCG.....	31

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Trofoblasto	7
Figura 2 Ultrasonido mola completa.....	9
Figura 3 Vellosidades hidrópicas.....	9
Figura 4 Ultrasonido mola parcial.....	10
Figura 5 Ultrasonido mola parcial.....	11
Figura 6 Coriocarcinoma gestacional.....	12
Figura 7 Degeneración hidrópica placentaria.....	20
Figura 8 Saco gestacional	21

RESUMEN

Es importante realizar en forma temprana un buen diagnóstico de enfermedad del trofoblasto debido a las complicaciones que se presentan durante el embarazo y después del mismo; complicaciones que se catalogan como benignas y malignas representando una amenaza para la vida de las mujeres. El crecimiento anormal de las células del trofoblasto es inducido por una alteración en la unión entre ambos gametos sexuales en el momento de la fertilización. El tratamiento general de la enfermedad molar consiste en la evacuación uterina, en algunos casos el uso de quimioterapéuticos o el uso de radioterapia. Es importante también realizar el seguimiento pos-evacuación de los niveles de hormona gonadotropina coriónica humana (HCG) siendo un bio marcador importante para la progresión y el seguimiento (1).

El objetivo principal del presente trabajo académico es determinar los factores de riesgo que presenta la paciente mujer de 33 años que acude al establecimiento de salud por presentar sangrado transvaginal de color marrón, dolor en hipogastrio, náuseas y vómitos. Se realizan los exámenes correspondientes llegando al diagnóstico principal de Mola Hidatidiforme la cual recibió tratamiento oportuno y adecuado no generando complicaciones, posteriormente es dada de alta con indicaciones médicas.

PALABRAS CLAVES: Enfermedad del trofoblasto, mola hidatidiforme, coriocarcinoma.

ABSTRACT

It is important to make a good diagnosis of trophoblast disease early due to the complications that occur during and after pregnancy; complications that are classified as benign and malignant representing a threat to women's lives. The abnormal growth of trophoblast cells is induced by an alteration in the union between both sex gametes at the time of fertilization. The general treatment of molar disease consists of uterine evacuation, in some cases the use of chemotherapeutic agents or the use of radiation therapy. Post-evacuation monitoring of human chorionic gonadotropin (HCG) levels is also important, being an important biomarker for progression and follow-up (1).

The main objective of this academic work is to determine the risk factors presented by the 33-year-old female patient who comes to the health facility for presenting brown transvaginal bleeding, hypogastric pain, nausea and vomiting. The corresponding tests are carried out, arriving at the main diagnosis of Hydatidiform Mole, which received timely and adequate treatment, not generating complications, and is subsequently discharged with medical indications.

KEY WORDS: Trophoblast disease. Hydatidiform mole. Choriocarcinoma.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La enfermedad del trofoblasto, genera hemorragias leves o masivas en la mujer, con eliminación de vesículas endouterinas conllevando al peligro de complicación o muerte. Existe además la posibilidad que la enfermedad molar se convierta en cáncer, siendo importante la detección temprana el tratamiento y seguimiento oportuno. Según el INEN, (2) en Latinoamérica el cáncer es una de las principales causas de muerte ocupando el tercer lugar de ubicación. En el Perú el cáncer en la mujer ha aumentado entre los periodos 1968-1970 y 2004-2005 de 152,2 a 174,0 por 100000 hombres y de 166,8 a 187,0 por 100 000 mujeres.

La enfermedad molar es una complicación subordinada a las hemorragias del embarazo, con un alto potencial para malignizarse en las mujeres con factores de riesgo con predisposición a la invasión local o a la metástasis, teniendo la probabilidad de riesgo de 1 en 60 de volver a tener una mola en embarazo posterior (3).

La incidencia es variada a nivel mundial desde 23 por 100,000 embarazos en Paraguay, hasta 1299 por 100,000 embarazos en Indonesia. EEUU tiene incidencia de 110, siendo de 2 a 7 la incidencia de coriocarcinoma por 100,000 embarazos. La edad tiene una incidencia aproximadamente entre 15 a 49 años, siendo el 0.18 por 100,000 mujeres (4).

1.2. JUSTIFICACIÓN

Para el año 2020 el presupuesto del sector público tiene como prioridades la salud y educación como eje fundamental para la mejora de calidad de vida de los peruanos, siendo de S/ 18 495 millones destinados para mejorar la salud del pueblo, de los cuales S/ 7 909 se distribuyen en programas presupuestales entre ellos salud materno neonatal. Aun así, los factores sociales que enmarcan nuestra sociedad y la desigualdad de género origina que muchas mujeres no tengan acceso al sistema de salud peruano, por tanto, no son plausibles al seguimiento que les pudiera corresponder en caso de presentar algún tipo de complicación por el embarazo y más aún es más difícil realizar el seguimiento de presentar un embarazo de tipo molar.

En nuestro País las mujeres inician su vida reproductiva a edades precoces, teniendo un alto número de paridad, siendo un factor predisponente para desencadenar esta enfermedad, que varias veces pasa desapercibida y al ser considerada la mola hidatidiforme como una lesión pre neoplásica es de necesidad que se detecte en forma precoz para darle un tratamiento y seguimiento adecuado y oportuno.

La revisión de este caso clínico valdrá como estudio base para investigaciones futuras y servirá para conocer el manejo y seguimiento que realiza los establecimientos de salud comprometidos con la gestante con diagnóstico de enfermedad molar.

1.3. MARCO TEÓRICO

1.3.1. ANTECEDENTES

1.3.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES.

Guamán (3) Investigación que tuvo como objetivo el de identificar las características de la enfermedad del trofoblasto. Fue un estudio descriptivo con 50 casos cuyos diagnósticos fueron enfermedad trofoblástica gestacional en el periodo de 2010 a 2015, cuyo resultado fueron que el 30% de los casos tenían una edad entre 21 a 30 años. El 46% de las gestantes fueron multíparas, las semanas de gestación coincidentes al diagnóstico de mola se ubicó entre 9 a 13 semanas y la mayoría de las gestantes muestra no presentaron contextos previos que pudieran relacionarse. El presente trabajo de investigación concluye que el 0.14 % de las gestantes que se atendieron y presentaron diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional no presentaron factores de riesgo similar que se presenta a nivel mundial.

Solís (5) investigó en el Hospital Nacional de Zacapa Guatemala, acerca de los hallazgos anatomopatológicos del embarazo molar, siendo el objetivo general establecer las características clínicas y los hallazgos anatomopatológicos del embarazo molar. Es un estudio descriptivo retrospectivo siendo el objeto de

estudio todas las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de embarazo molar. Se determina que la prevalencia de mola hidatidiforme es de 3,6 por cada mil partos. El 80.6% tuvo diagnóstico de embarazo molar por ecografía y el 62.6% se diagnosticó por anatomía patológica. Los síntomas frecuentes fueron sangrado vaginal en un 58.2% y dolor abdominal en un 32.8%, el 100% de pacientes culminó en tratamiento quirúrgico en un 49.25% con AMEU.

Mercedes Martínez L. 2017 (6). Investigación que se llevó a cabo en León Nicaragua 2017, acerca de las características clínicas, manejo y seguimiento de pacientes con diagnóstico de mola, siendo un estudio descriptivo, prospectivo, se realizó la recolección de dato a través de la HCl. y ficha de recolección; teniendo una muestra de 37 gestantes con diagnóstico de embarazo molar. Los resultados fueron: La edad promedio en la que se presentó la enfermedad molar fue de 20 a 34 años constituyendo el 57.1%; el 68.5% residen en área rural; el 86% eran asintomáticas teniendo el diagnóstico por un hallazgo inadvertido; el 48.5% presenta un nivel educativo primario. Las principales conclusiones a que llegó la autora fue del 78% de los diagnósticos por ultrasonido tuvieron confirmación histológicamente; las pacientes hospitalizadas fueron manejadas en forma adecuada y no se cumplió la actividad de seguimiento como lo describe la literatura.

1.3.2.2 ANTECEDENTES NACIONALES.

Huanca Llamo J.2019 (7) Factores asociados a enfermedad trofoblástica gestacional en el hospital Hipólito Unanue durante el periodo de enero del 2014 a diciembre del 2018 Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociado a enfermedad trofoblástica gestacional.

Estudio retrospectivo observacional de casos y controles teniendo una muestra de 60 casos y como grupo control se analizaron 120 historias. Para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS v.25 Resultados: El factor de riesgo más asociado a enfermedad trofoblástica gestacional fue antecedente de aborto ($p = 0.000$, OR: 6.54, IC 95%: 3.121 - 13.739), multiparidad ($p = 0.000$, OR: 3.35, IC 95%: 1.467 - 7.652). Así mismo en relación a la edad menor a 20 años es un factor protector ($p=0.00$, OR: 0.13, IC: 0.03-0.48) para el desarrollo de enfermedad trofoblástica gestacional. No encontrándose asociación con otras variables. Conclusiones: El antecedente de aborto, multiparidad son factores de riesgo asociados a enfermedad trofoblástica gestacional, así mismo en relación a la edad de la gestante la edad menor a 20 años es un factor protector.

Huamán Romero D. 2019. (8) Tesis de investigación que tuvo como objetivo: Identificar las características de la enfermedad trofoblástica gestacional en restos endouterinos, siendo un estudio simple, descriptivo, no experimental siendo de tipo cualitativo, siendo la unidad de análisis 61 pacientes con diagnóstico de enfermedad trofoblástica. El programa estadístico que se utilizó fue SPSS. Los resultados que se obtuvieron: el 42.68% de pacientes muestra, oscilaban en una

edad de 18 a 30 años, el lugar de procedencia en un 72.1% fue urbana, el 91.8% no presentaron anteriormente enfermedad del trofoblasto, el 73.8% presentaron una edad gestacional de 08 a 12 semanas, siendo la conclusión más resaltante el hallazgo clínico más frecuente en pacientes con enfermedad trofoblástica fue sangrado vaginal, dolor en hipogastrio, náuseas y vómitos, edad gestacional 8-12 semanas.

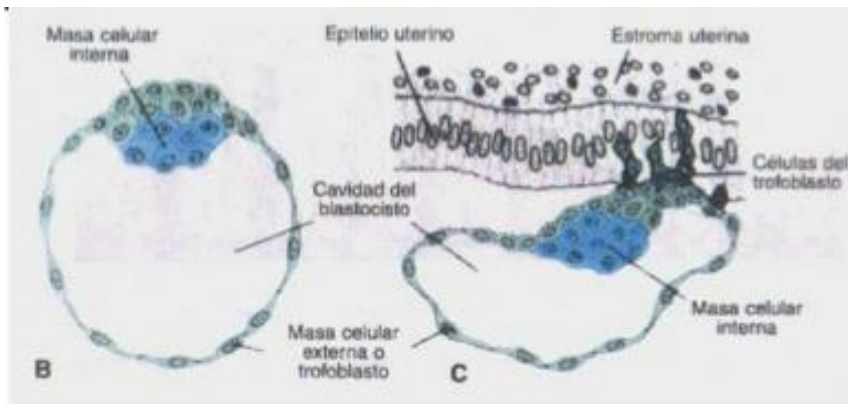
1.3.2. CONCEPTOS BÁSICOS

1.3.2.1. TROFOBLASTO

Es un grupo de células que forma el límite externo del blastocisto, siendo responsable de la parte nutricional del embrión, desarrollando una vasculatura uterina importante creando un inseparable vínculo entre el feto y la madre llamada placenta, corresponden a las primeras células del cigoto fertilizado. El trofoblasto conecta el cigoto fertilizado con la pared uterina formando parte de la placenta. Proviene de la palabra griega trofos cuyo significado es alimentar y de blasto que significa célula germinal embrionaria (7).

Figura 1

Trofoblasto



1.3.2.2. ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL (ETG).

Se caracteriza por proliferación anómala del trofoblasto con predisposición a generar metástasis por vía hematológica, originarias del material genético paterno (9), es una de las principales causas de pérdida del embarazo después de embarazo ectópico y aborto.

Es un conjunto de procesos malignos y benignos de baja frecuencia, producto de la proliferación anormal del trofoblasto y del genoma paterno, con contribución materna ocasional, siendo el embrión genéticamente extraño al anfitrión materno y puede ser rechazado en forma espontánea, pero también tiene la capacidad de adaptarse, prolifera y se convierte en un tumor invasivo, rara vez se presenta en otras especies. La ETG presenta un conjunto de patologías coincidentes con una hipersecreción de HCG, constituyendo un marcador tumoral que se va a relacionar con la progresión y persistencia de la enfermedad (10).

A) CLASIFICACIÓN

La clasificación de la ETG se realiza de acuerdo a características histopatológicas, cinéticas y clínicas. La OMS propone la siguiente clasificación:

Tabla 1

Clasificación de la ETG.

ENFERMEDAD TROFOBLASTICA GESTACIONAL	BENIGNA	<u>MOLA COMPLETA</u>
		MOLA PARCIAL
	MALIGNA	<u>MOLA INVASORA</u>
		<u>CORIOCARCINOMA</u>
		TUMOR DEL SITIO PLACENTARIO/TUMOR TROFOBLÀSTICO EPITELOIDE

Fuente: Revista médica, federación latinoamericana de sociedades de obstetricia y ginecología.

- **MOLA COMPLETA**

Las vellosidades coriales se convierten en una masa vesicular poco visibles y se asemejan a racimos que penden de pedículos finos. Los niveles de HGC presentan límites superiores a 100,000 mIU/mL, se presenta el fenómeno de androgénesis, debido a que el óvulo ha sido fecundado por un espermatozoide haploide presenta un cariotipo de 46 xx y ambos cromosomas son paternos. Los cromosomas maternos están inactivos o no se encuentran (8). Ecográficamente se detecta la presencia de múltiples focos hipoeoicos, con apariencia en “tormenta de nieve”.

Figura 2

Ultrasonido de mola completa

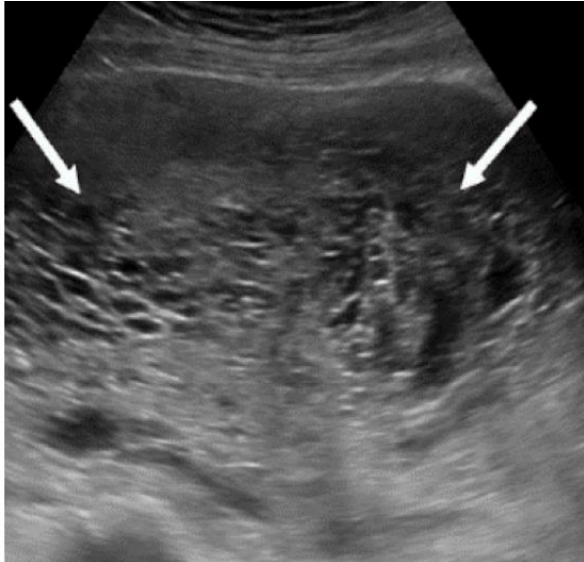
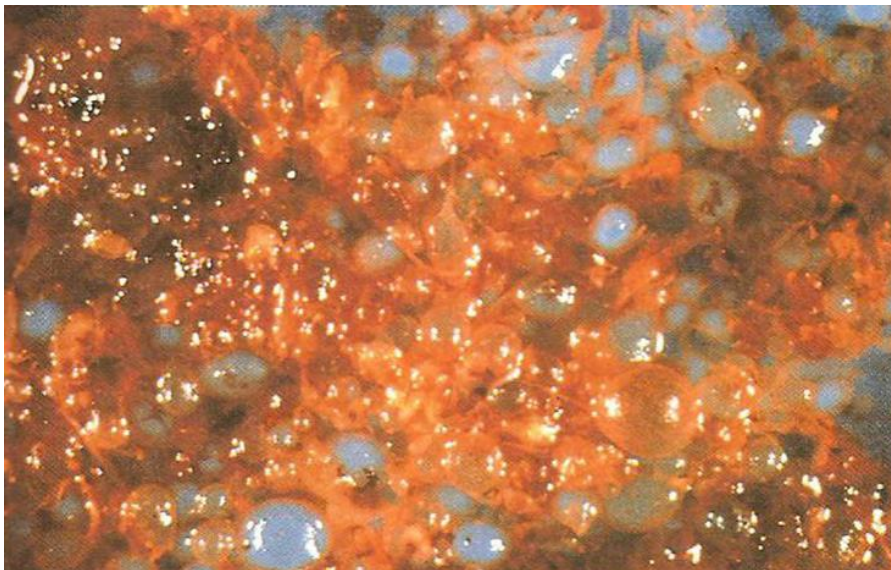


Figura 3

Mola Hidatidiforme completa. Vellosidades hidrópicas.



- **MOLA PARCIAL**

El embarazo molar parcial presenta cambios hidatidiformes focales, caracterizándose por presentar tejido fetal, edemas vellositarios de evolución lenta, presentan un cariotipo triploide 69XXX, 69XXY o 69XYY.

La clínica va acompañada de sangrado vaginal, dolor en hipogastrio, elevación no significativa de niveles de HCG (8).

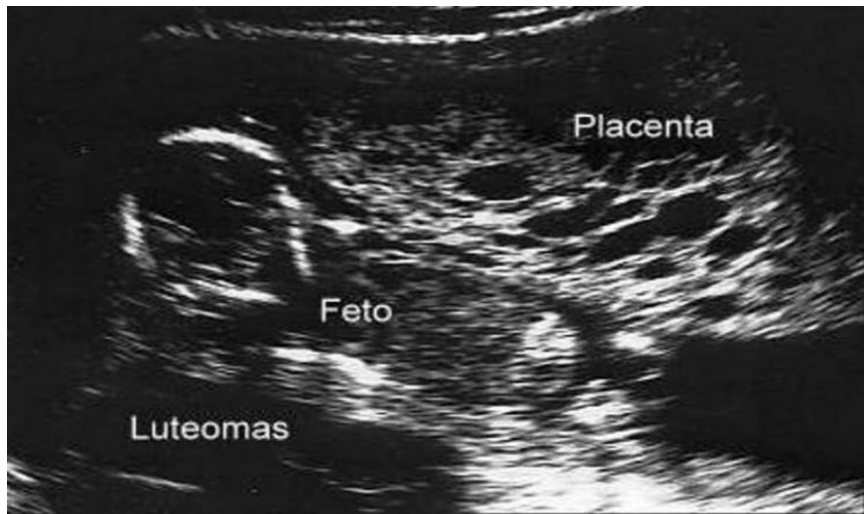
Figura 4

Ultrasonido de mola parcial



Figura 5

Ultrasonido de mola parcial



PATOLOGÍAS MALIGNAS (1)

Las patologías malignas están asociadas a mujeres con antecedentes de aborto (25%), embarazo ectópico (5%), embarazo a término (20%) y mola hidatidiforme (50%). Investigaciones retrospectivas revelaron que la edad materna, niveles elevados de HCG posterior a la evacuación uterina, embarazo molar se asocian significativamente a presentar neoplasia trofoblástica gestacional (NTG), las cuales pueden presentar o no metástasis. La forma de presentación puede ser asintomática, sangrado vaginal anormal, cefalea, convulsiones, disnea, tos, dolor de pecho.

- **MOLA INVASORA (11)**

La mola invasora se caracteriza por ser un tumor trofoblástico gestacional (TTG) el cual se origina por una mola hidatidiforme, extendiéndose hasta el miometrio. La paciente presenta metrorragias persistentes, de etiología desconocida. No disminución

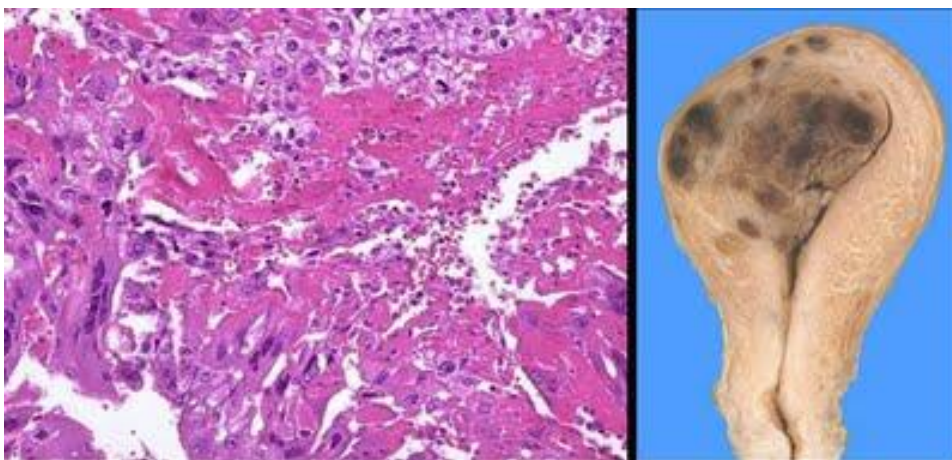
de niveles de HGC. Posteriores a la evacuación de una mola hidatidiforme. Pueden surgir metástasis en pulmones o vagina. Histológicamente las molas invasoras se caracterizan por hiperplasia del trofoblasto, degeneración quística generalizada y presencia de vellosidad corial en el miometrio. Los TTG de bajo riesgo son tratados con monoquimioterapia y los tumores de alto riesgo son tratados con poliquimioterapia.

- **CORIOCARINOMA (12)**

Es un cáncer de desarrollo vertiginoso e invasor, infrecuente y fatal si no recibe tratamiento oportuno. Son tumores altamente invasivos, vascularizados, ocasionando metástasis extensas de frecuente localización en pulmones (50%), vagina (30%), con menor frecuencia cerebro, hígado, riñones. El dosaje de HCG, es utilizado para el diagnóstico y seguimiento de la evolución del coriocarcinoma.

Figura 6

Coriocarcinoma Gestacional.



- **TUMOR DEL SITIO PLACENTARIO/TUMOR TROFOBLÁSTICO EPITELOIDE**

Es una variante poco frecuente de ETG. se origina en las células intermedias del citotrofoblasto, los valores de HGC. Generalmente se encuentran en niveles normales, son calificados como tumores que exhiben bajo potencial de malignidad, es resistente a quimioterapia convencional, el marcador principal es el lactógeno placentario y el tratamiento es histerectomía (13).

Según la FIGO y la OMS clasifica a las NTG de la siguiente manera:

Tabla 2

Estadaje de las NTG.

ESTADIO I	Tumores trofoblásticos gestacionales (TTG) focalizados al cuerpo uterino.
ESTADIO II	TTG se extienden a anexos, limitado a estructuras genitales.
ESTADIO III	TTG se expanden a pulmones.
ESTADIO IV	Se extienden a otros sitios

Fuente: (1)

Tabla 3

Clasificación histológica de la ETG según la OMS.

Embarazos molares	Corresponde a los diferentes tipos de mola: Completa, incompleta, invasiva y metastásica
Neoplasias trofoblásticas	Coriocarcinoma, tumor trofoblástico del lecho placentario y el tumor trofoblástico epitelioides.
Lesiones trofoblásticas no molares	No son neoplásicas e incluyen el nódulo o placa del lecho placentario.

Fuente. (14)

B) ETIOLOGÍA DE LAS ETG (10)

La ETG es causada por fertilización anómala con exceso de material cromosómico genético paterno y poca intervención materna. Las molas completas son el resultado de la fertilización de un ovocito anucleado por uno o dos espermatozoides haploides. El cariotipo es 46, XX (75% de casos) o 46, XY (25% de casos).

Las molas parciales son el resultado de la fertilización de un ovocito normal por dos espermatozoides o un espermatozoide anormal. Este tipo de mola se caracteriza por hiperplasia trofoblástica focal, degeneración localizada de las vellosidades coriónicas y tejido embrionario identificable.

C) DIAGNÓSTICO Y MANIFESTACIONES CLINICAS

Frente a la sospecha de la ETG, se debe investigar sobre antecedentes gineco obstétricos maternos, así como antecedentes médicos y quirúrgicos, es importante realizar examen completo por la posibilidad de metástasis (1).

El inicio de las manifestaciones se presenta en el primer trimestre del embarazo, con amenorrea, hemorragia irregular, clínica de hiperemesis gravídica, hipertiroidismo, algunas pacientes logran expulsar en forma espontánea tejido molar (7).

El dosaje cuantitativo de HCG y en el cual los valores son altos a los de un embarazo normal, según la edad de gestación.

La ecografía transvaginal expone quistes tecaluteínicos con frecuencia en molas completas sin desarrollo fetal, así como puede presentar imágenes heterogéneas con imagen de embrión correspondiente a mola parcial (12,15).

El diagnóstico se realiza por la presentación de estas manifestaciones y se confirma mediante el estudio anatómo patológico.

Tabla 4

Diagnóstico diferencial de mola parcial y mola completa

Características	MOLA PARCIAL	MOLA COMPLETA
Etiología	1 óvulo + 2 espermias	Óvulo vacío+1 espermia que duplica(90%) Óvulo vacío + 2 espermias(10%)
Cariotipo	Triploide (69,XXX o 69,XXY)	Diploide (46,XX o 46,XY)
Histología		
• Feto y Hematias fetales	A menudo presentes	Ausentes
• Edema vellosidades	Variable, focal	Difuso
• Proliferación trofoblasto	Focal, Moderada	Difusa, severa
Presentación clínica		
• Diagnóstico	Aborto	Gestación molar
• Tamaño uterino	Pequeño para edad gestacional	50% aumentado para edad gestacional
• Quistes tecaluteínicos	Poco frecuentes	15-25%
• Complicaciones médicas	Poco frecuentes	<25% (más frecuentes si altura uterina >14-16sg)
• Riesgo malignización	1-5%	15-20%

Fuente: (12)

D) FACTORES DE RIESGO

a) La edad materna es un factor de riesgo alto de padecer ETG presentando las edades extremas menor de 20 y las mujeres de 36 a 40 años, quienes poseen un riesgo de 2 veces mas alto; las mujeres mayores de 40 años con gestación tiene una probabilidad de 10 veces mayor de presentar ETG (1,13).

b) Antecedente de embarazo molar previo.

c) Antecedente de aborto.

- d) El uso prolongado de anticonceptivos hormonales orales.
- e) Tabaquismo.
- f) Nutrición deficiente en la madre.
- g) Edad avanzada del padre.

E) TRATAMIENTO, EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

Las tasas de mortalidad por ETG se han reducido en forma considerable, debido a un diagnóstico y manejo adecuado y oportuno.

MANEJO EN HOSPITALIZACIÓN (16).

CLN 0.9% 1000cc.

Dosaje cuantitativo de HCG.

Radiografía de pulmones.

Ecografía de hígado.

Pruebas hepáticas.

Perfil de coagulación.

Evacuación uterina: Edad gestacional menor de 12 semanas, realizar aspiración manual o legrado uterino. Mayor de 12 semanas, aspiración eléctrica o inducción con oxitocina o misoprostol.

F) PRONÓSTICO (11)

El pronóstico es excelente tras la evacuación. El seguimiento de los niveles plasmáticos de HCG. Permite diagnosticar la posible aparición de una neoplasia trofoblástica gestacional, lo que permitiría realizar el estadiaje de la enfermedad y el tratamiento con una quimioterapia apropiada.

G) SEGUIMIENTO (12,16,17,18)

- El manejo incluye la monitorización seriada de HCG a las 24-48 horas pos evacuación.
- Dosaje semanal hasta conseguir 3 resultados negativos.
- Dosaje de HCG mensual hasta cumplir 6 meses pos evacuación.
- Ecografía transvaginal dentro de los 7 – 10 días pos evacuación según evolución de HCG.
- Radiografía de Tórax.
- Si existe la persistencia de los valores de HCG, descartar la presencia de metástasis.
- Evitar nueva gestación, mientras se encuentre en seguimiento.

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores de riesgo que se presentan en el presente caso clínico.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Analizar el manejo clínico de la enfermedad molar.
- Determinar el manejo extramural por el sistema de referencia.

2.2. SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO

SERVICIO DE EMERGENCIA

FECHA 09/03/2019

HORA 17:40

Paciente mujer de 33 años, que acude al Hospital al servicio de emergencia, por presentar sangrado transvaginal desde hace una semana aproximadamente, acompañada de dolor de mediana intensidad en zona de hipogastrio.

I HISTORIA CLINICA BREVE

PRIORIDAD II

FECHA 09/03/2019

HORA 17:40

ENFERMEDAD ACTUAL

Refiere sangrado transvaginal de color marrón oscuro desde hace 1 semana, acompañado de vómitos precedidos de náuseas.

MOTIVO PRINCIPAL DE LA CONSULTA

Sangrado transvaginal de color oscuro.

ANTECEDENTES.

Gravidez 05

Partos Vag. 3 (2 óbito fetal 1 parto prematuro vivo)

Abortos 1

Cesárea 1

Viven 1

Incompetencia cervical.

FUM: 4/01/2019

II EXAMEN FISICO

Talla 1.55 m; Peso 58.300 Kg; Presión arterial (P/A) 107/62; Pulso (P) 87;

Temperatura (Tp.) 36.7 °C; SpO2 95%

Lúcida orientada.

EXAMEN PREFERENCIAL

Abdomen blando deprecible doloroso a la palpación, altura uterina 12cm.

Examen bimanual: Se aprecia genitales de multípara, sangrado transvaginal regular de color achocolatado sin mal olor. Vagina amplia elástica profunda, Bartholino, uretra y Skene normal, cuello uterino posterior reblandecido, doloroso a la movilización, útero de consistencia dura, aumentado de tamaño comparable a una gestación de 11 semanas, anexos libres.

ECOGRAFIA

Útero aumentado de tamaño por contener en su interior, imagen de saco gestacional, de aproximadamente: 25mm, de diámetro mayor, el mismo que se observa con decidua placentaria de bordes irregulares, con disminución de su ecogenicidad, con contenido homogéneo anecogénico. No se observa imagen de embrión en saco gestacional, se observa además endometrio engrosado a nivel de cuerpo, degeneración hidrópica placentaria con presencia de múltiples áreas líquidas no mayores de 5mm. en probable relación a embarazo mola parcial.

Ecográficamente, anexos normales.

Figura 7

Imágenes de degeneración hidrópica placentaria.



Figura 8

Saco gestacional.



III DIAGNÓSTICO

Gestación de 9.1 semanas por FUM.

Mola hidatidiforme parcial.

D/C Coriocarcinoma.

Incompetencia cervical.

IV PLAN DE TRABAJO

Se hospitaliza en área de gineco obstetricia.

Radiografía de tórax.

Ecografía de abdomen superior.

Análisis de laboratorio para riesgo quirúrgico.

Test embarazo.

Dosaje de subunidad beta de la HCG.

V TERAPEUTICA Y CONTROL

Dieta completa y líquidos orales.

Solución isotónica NaCl al 0,9% x 1000cc. A 15 gotas por minuto.

ÁREA DE INTERNAMIENTO

HISTORIA CLÍNICA

I FILIACIÓN

Paciente de 33 años de edad, de raza mestiza, estado civil casada, con grado de instrucción superior completa hablante del idioma español, de ocupación ama de casa, profesora la religión católica.

Lugar y fecha de nacimiento: Moquegua ocho de agosto año 1985, procede de Moquegua.

Datos tomados por interno de medicina.

Fecha de ingreso 9/3/ 2019

Hora 19:30

Fecha de elaboración de historia clínica 10/03/2019

Informante directo.

Traída por esposo.

II ENFERMEDAD ACTUAL

Tiempo de enfermedad 2 semanas.

Síntoma principal: Sangrado transvaginal; náuseas y vómitos.

Historia de la enfermedad: Paciente inicia cuadro clínico desde hace 2 semanas con dolor abdominal a nivel de hipogastrio tipo cólico de moderada intensidad concomitantemente con vómitos de contenido alimenticio precedidos de náuseas, así

mismo presenta eliminación de sangrado intermitente de color rojo oscuro en ocasiones de color marrón en regular cantidad.

Funciones biológicas:

Apetito, sed, deposiciones, orina y sueño conservados.

III ANTECEDENTES

3.1 PERSONALES

a) FISIOLÓGICOS

Nacida de parto eutócico lactancia materna completa.

b) GINECO OBSTÉTRICOS

Menarquia 13 años

Inicio de relaciones sexuales a los 13 años.

Fecha de última menstruación 4/01/2019

Niega utilización de método anticonceptivo.

Ultimo parto 20/9/17

Gravidez 05

Partos vaginales 3

Abortos 1

Cesárea 1

Hijos muertos 4

Hijos Vivos 1

Cirugía pélvico-uterina: si, curetaje uterino, cesárea segmentaria.

Óbito fetal 2011 y 2015. partos prematuros 03

c) Alimentación variada.

d) Hábitos: Niega alcohol, té, café, drogas, tabaco.

e) Condición socio económica baja.

Vivienda propia rústica, cuenta con los servicios de agua, desagüe y luz, recojo de basura cada 2 días, económicamente depende de su pareja.

f) Patológicos.

Refiere haber presentado eruptivas de la infancia, no accidentes, niega alergias y transfusiones sanguíneas, hospitalización en 5 oportunidades, operaciones 2 veces.

3.2 FAMILIARES

a) Padre fallecido, madre falleció por cáncer al cuello uterino, hermanos varones 2 sanos.

b) Esposo sano.

c) hijos varones 1 sano.

EXAMEN CLÍNICO

Funciones vitales:

1.- P.= 87, P/A =107/62, Fr= 17, Tp. = 36.6 °C, peso = 58 Kg, talla = 1.55 m.

2.- Aspecto general:

Estado de conciencia despierta, actitud activa, en decúbito dorsal, marcha normal, facies compuesta.

3.- Examen regional:

Aparente regular estado de nutrición, regular estado de hidratación, conjuntivas rosadas mucosas orales húmedas piel tibia al tacto, llenado capilar menor de 2 seg.

4.- Sistema osteomioarticular:

No deformidades óseas.

EXAMEN SEGMENTARIO

1.- Cabeza y cuello.

Normocéfalo mesaticefala, pabellones auriculares bien implantados, cuello cilíndrico móvil, no presencia de adenopatías.

2 Ap. Respiratorio: Tórax simétrico, móvil, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

3.- Mamas de acuerdo a edad y sexo.

4.- Ap. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, normo fonéticos, no soplos.

5.- Abdomen: Blando deprecible doloroso a la palpación en hipogastrio, ruidos hidroaéreos presentes.

6.- Ap. Genito urinario: Genitales externos con presencia de sangrado de color oscuro con tendencia a color marrón.

7.-Sistema nervioso: Lúcida, orientada, Glasgow 15/15

8.- Sistema ósteo muscular: Tono y trofismo conservado.

9.- Sistema linfático: No se palpan adenopatías.

10.- Diagnóstico inicial:

Gestación de 9.1 sem. por FUM.

Mola hidatidiforme.

D/C Coriocarcinoma.

Incompetencia cervical.

NOTA DE INGRESO

FECHA 10/03/2019

HORA 7:05

Paciente mujer de 33 años que ingresa con el diagnóstico de mola hidatidiforme, D/C Coriocarcinoma, refiere leve dolor opresivo intermitente en hipogastrio sin irradiación.

Al examen BEG, BEH, BEN mucosa orales húmedas, rosadas, piel tibia.

Murmullo vesicular pasa bien.

Abdomen plano con sensación de dolor a nivel de hipogastrio, cicatriz operatoria hiperpigmentada horizontal de 10 cm. dolor a la palpación, presenta altura uterina de 11 cm.

Genitales externos de múltipara no se observa salida de sangrado ni líquido.

PLAN:

Solicitar resultados de laboratorio.

Ecografía abdominal.

Radiografía de tórax.

Tabla 5

Resultados de hemograma. 09-03-2019

Hematocrito	42.1%
Hemoglobina	8.9 g/dL
Neutrófilos	5.98 x 10 ³ / uL.
Linfocitos	2.21 x 10 ³ / uL.
Monocitos	0.61 x 10 ³ / uL.
Eosinófilos	0.15 x 10 ³ / uL.
Basófilos	0.01 x 10 ³ / uL.
Neu#	66.8 %
Lin#	24.6 %
Mon#	6.8 %
Plaquetas	372 x 10 ³ / uL.
Grupo sanguíneo	“B”
Factor Rh	Positivo
Tiempo de coagulación	6'30'' min/seg.
Tiempo de sangría	2'10'' min/seg.
INMUNOLOGIA	
HIV	No reactivo
HBsAg	No reactivo
RPR	No reactivo
Test de embarazo	Positivo

Tabla 6

Exámen completo de orina 09-03-2019

Aspecto	Turbio
Densidad	1020cc.
Glucosa	-----
Cetonas	-----
Proteínas	-----
EXÁMEN DE SEDIMENTO	
Leucocitos	20-30 /hpf
Eritrocitos	0-3 / hpf
Bacterias	Positivo +++ / hpf
Células epiteliales	6-8 /lpf

*lpf: Campos de baja potencia 10x

*hpf: Campos de alta potencia 40x

Fuente: Historia Clínica.

10-03-2019

12:00

EVOLUCIÓN MÉDICA

Paciente con sangrado transvaginal en escasa cantidad precedida por dolor en hipogastrio. Resultados de ECO con 30 leucocitos por campo.

INDICACIONES

- Urocultivo.
- Tratamiento:
- Cloruro de sodio 0.9% 1000cc. 20 gotas por minuto.
- Cefazolina 1 gr. Cada 8 horas vía endovenosa.

INFORME ECOGRÁFICO

Estudio de abdomen superior

El estudio ecográfico mostró:

Hígado: De tamaño normal, contornos regulares con parénquima homogéneo sin evidencia de lesiones sólidas ni quísticas. Ni dilatación de vías biliares intrahepáticas.

LHD: de 132 mm.

Vesícula biliar: Mide 64 X 35 mm (L x AP), paredes delgadas menor 3mm, sin evidencia de litiasis ni lesiones proliferativas en su interior.

Colédoco: Mide 3mm.

Vena Porta: Mide 8 mm.

Páncreas: De tamaño y ecogenicidad conservada.

Bazo: De 81 X 27 mm. (LxT) ecogenicidad conservada de bordes definidos.

Cavidad abdominal: No líquido libre en cavidad abdominal al momento del estudio.

CONCLUSIÓN:

ORGANOS EVALUADOS DE CARACTERES ECOGRÁFICOS NORMALES

11/3/19

Hora= 7:40

P/A= 100/60 P =72 FR =18 Tp. = 36.4°C. SpO 96%

Fecha de última menstruación 4/01/2019

Paciente de 33 años refiere sentir dolor en hipogastrio.

Al exámen preferencial: Genitales de multípara BUS normales se evidencia sangrado de color rojo oscuro con ligero mal olor.

Especuloscopía: Cuello uterino se observa salida de contenido sanguíneo por orificio externo.

Tacto: Vagina amplia elástica profunda cuello uterino de consistencia blanda central orificio externo dehiscente a 2 cm. Orificio interno cerrado.

Diagnóstico:

Mola Hidatidiforme.

D/C Coriocarcinoma.

D/C Infección del tracto urinario.

Incompetencia cervical.

Tratamiento:

Dieta completa.

Cefazolina 1 gr. Vía endovenosa cada 8 horas.

Misoprostol 200 mcg. transvaginal stat a las 23 horas.

Indicaciones:

Control de Fs. Vs. cada turno.

Control del sangrado.

Vigilancia de signos de alarma

EKG.

Dosaje BHCG.

Urocultivo.

Se programa para legrado uterino.

Tabla 7

Dosaje cuantitativo de HCG. 11-03-2019

ANALISIS			RESULTADO	UNIDAD
HCG	SUB	UNIDAD	58,186	mUI/mL
BETA				

Fuente HCL.

12/03/20

07:30

P/A 100/60; P =82; FR =18; Tp= 37. 4°, SpO 96%

Paciente de 33 años, refiere dolor en hipogastrio de moderada intensidad.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ACP.

Abdomen RHA. Presentes, genitales con presencia de sangrado transvaginal en regular cantidad.

paciente hemo dinámicamente estable.

I.D. Mola hidatidiforme

Infección del tracto urinario

D/C Coriocarcinoma.

Indicaciones

Se prepara para ingreso a sala de operaciones

REPORTE OPERATORIO

CIRUGIA REALIZADA: Examen bajo anestesia más legrado uterino.

DIAGNÓSTICO PRE OPERATORIO: Mola hidatidiforme.

DIAGNÓSTICO POS OPERATORIO: El mismo.

HALLAZGOS: Útero en anteverso flexión, histerometría de 12cm se extrae contenido endouterino de aspecto vesicular en cantidad abundante, así como restos de membranas ovulares.

PROCEDIMIENTO:

Paciente en posición de litotomía.

Colocación de espejulo.

Pinzamiento de labio anterior con pinza roester.

Legrado uterino por procedimiento habitual.

Revisión de hemostasia.

Retiro de instrumental.

COMPLICACIONES Y EVENTOS ADVERSOS:

Ninguno.

Se envía muestra a Anatomía patológica.

ESTADO DEL PACIENTE AL SALIR DEL QUIROFANO:

Estable.

DESTINO DE PACIENTE:

A recuperación.

12-03-2019

9:50

Evolución pos-operatoria

Paciente de 33 años pos-curetaje uterino por gestación molar no refiere dolor abdominal, al examen:

P/A 100/60; P =80; FR =18; Tp. = 37. 4° C. SpO 96%

Lúcida orientada BEG, BEH, BEN. No náusea ni vómitos mucosas orales húmedas conjuntivas palpebrales rosadas abdomen blando deprecible, no doloroso a la palpación superficial ruidos hidroaéreos presentes.

Genitales con presencia de sangrado genital en escasa cantidad sin coágulos.

Paciente hemodinámicamente estable.

Impresión diagnóstica:

Post curetaje uterino por embarazo molar.

Tratamiento

Nada por vía oral por 6 horas luego dieta blanda.

Cloruro de sodio al 0.9% 1000 cc. Más 10 unidades de oxitocina a 20 gotas por minuto.

Cefazolina 1 gr. Cada 8 horas vía endovenosa.

Indicaciones:

Control de funciones vitales cada 15 min por dos horas luego cada turno.

Vigilancia estricta de sangrado transvaginal.

Hematocrito de control.

13/03/2019

7.40

EVOLUCIÓN MÉDICA

Paciente intervenida por embarazo molar, colabora al interrogatorio no presenta complicaciones.

Al examen: P/A 110/60; P =80; FR =18; Tp = 36. 8° C. SpO 97%

Lúcida orientada en tiempo espacio y persona en ABEG, ABEH, ABEN. Piel tibia, conjuntivas palpebrales rosadas, mucosas orales húmedas, cuello cilíndrico móvil no adenopatías, abdomen blando deprecible no doloroso a la palpación; superficial ni profunda RHA. Presentes.

Genitales externos de múltipara sangrado transvaginal en escasa cantidad.

Paciente presenta evolución favorable hemodinámicamente estable.

ID. Pos curetaje uterino por embarazo molar.

PLAN:

Alta médica con indicaciones.

TRATAMIENTO

Cefalexina 500 mg. Cada 8 horas en forma oral por cinco días.

Paracetamol 500 mg. Condicional a dolor.

Sulfato ferroso 300 mg. Cada 24 horas vía oral.

Indicaciones:

Retornar con resultados de urocultivo.

Retornar con resultado histopatológica.

Dosaje de Beta HCG.

EVOLUCIÓN DE LA OBSTETRA

Fecha de ingreso 9/3/ 2019

Hora 19:30

Paciente que ingresa por el servicio de emergencia con los siguientes diagnósticos:

Gestación de 9.1 semanas por FUM.

Mola hidatidiforme parcial.

D/C Coriocarcinoma.

Incompetencia cervical.

Se instala en su unidad, al exámen: ABEG, ABEN, ABEH.

Funciones vitales estables P/A = 110/68 mm Hg; P= 87 l/m; Tp. = 36.7 °C Peso 55 Kg.

Paciente lúcida orientada en tiempo y espacio, refiere dolor en hipogastrio, sensación nauseosa. Al exámen preferencial, abdomen blando deprecible no doloroso a la palpación profunda, altura uterina 12 cm, genitales externos de multípara, genitales con sangrado escaso, de color marrón. Miembros inferiores sin edema ni várices; queda en control.

Se envía muestra para urocultivo.

22:00 Se administra cefazolina 1gr. EV en 100 cc.

10/3/ 2019

06:00 Se administra cefazolina 1gr. EV en 100 cc.

Funciones vitales estables.

Sangrado transvaginal escaso.

Pendiente resultados de HCG y Rx de tórax.

22:00 Paciente en su unidad en aparente buen estado general tolera alimentos se cumplen indicaciones.

11/3/ 2019

06:00 Se administra cefazolina 1gr. EV en 100 cc.

P/A = 108/66 mm Hg; P= 86 l/m; Tp. = 36.7 °C Peso 55 Kg.

12:00 se realizan procedimiento de EKG.

23:00 Paciente presenta sangrado transvaginal escaso se administra Misoprostol 200 mcg. Vía transvaginal dosis única.

P/A = 108/66 mm Hg; P= 86 l/m; Tp. = 36.7 °C SpO2 96%

12/3/ 2019

02:00 Paciente refiere dolor en hipogastrio de mayor intensidad.

04:00 Presenta sangrado transvaginal rojo oscuro en regular cantidad.

06: 00 P/A = 108/66 mm Hg; P= 86 l/m; Tp. = 37.2 °C, SpO2 96%

08:00 Paciente en NPO preparada para intervención quirúrgica, refiere presentar dolor en hipogastrio de moderada intensidad, a la inspección se observa sangrado transvaginal sin coágulos.

8:30 Paciente pasa a sala de operaciones.

11:00 Retorna paciente de SOP. lúcida orientada con vía permeable de Cl Na al 0.9% 400cc. Al exámen: P/A = 108/66 mm Hg; P= 86 l/m; Tp. = 36.7 °C, SpO2 96% abdomen blando deprecible doloroso a la palpación en zona de hipogastrio, útero contraído, genitales de multípara sangrado transvaginal escaso. Queda en monitoreo continuo.

22:00 Pasa turno sin inconvenientes no presentó complicaciones, se envía muestra para Hb, Hto. de control.

13-03-2020

06:00 Se administra tratamiento indicado, paciente lúcida tolera dieta deambula sin particularidades. Al exámen:

P/A = 100/68 mm Hg; P= 84 l/m; Tp. = 36.6 °C, SpO2 96%

Abdomen blando deprecible no doloroso a la palpación, útero contraído sangrado transvaginal escaso, miembros inferiores sin várices ni edema.

13:00 Sale de alta médica. Se brinda Consejería y Orientación en planificación familiar.

INDICACIONES DE ALTA MÉDICA

FECHA DE INGRESO: 9/3/19

FECHA DE EGRESO: 13/3/19

DIAGNOSTICO:

Mola hidatidiforme.

INDICACIONES:

Dieta completa.

Reposo relativo.

Abstinencia de relaciones sexuales por 45 días.

Cefalexina 500 mg. Cada de 8 horas vía oral.

Dosaje de HCG cuantitativo el 15/3/2019

Planificación familiar.

Control por consulta externa con resultados de laboratorio.

2.3. DISCUSIÓN DEL CASO CLÍNICO

Según Albinagorta (17), en nuestro País, es difícil conocer la epidemiología de la ETG, debido a que la mayoría de las investigaciones se realizan en un solo hospital. El presente caso clínico se basa en una paciente que presenta diagnóstico de ETG, en la cual tiene el antecedente de mala historia obstétrica por presentar 5 embarazos 2 de ellos óbito fetal (parto vaginal) 1 nacido vivo parto prematuro vía vaginal, 1 cesárea nacido vivo, 1 aborto, viven 1, tiene además el diagnóstico de incompetencia cervical. Consideramos la mala historia obstétrica como primer factor de riesgo. Presenta además sintomatología específica y sugestiva, sangrado color rojo oscuro o color marrón como especifica en el interrogatorio, presenta además náuseas y vómitos. Paciente fue hospitalizada el mismo día de consulta por emergencia se solicitó dosaje cuantitativo de sub unidad beta HCG, ecografía de abdomen superior, ecografía obstétrica, radiografía de tórax, así como Hg, ECO, se preparó para ingreso a sala de operaciones con indicación de legrado uterino en el cual se extrae restos endouterinos de aspecto vesicular en cantidad abundante, así como restos de membranas ovulares, enviando muestra para anatomía patológica la cual concluye en su resultado como embarazo molar parcial. Paciente se recupera según lo esperado siendo dada de alta al siguiente día de su intervención por no presentar complicaciones. Las indicaciones que se dieron coinciden con lo establecido por los autores revisados. En cuanto al seguimiento, no se tiene reportes en la historia clínica sobre el cumplimiento de las indicaciones pos evacuación.

2.4. CONCLUSIONES

2.4.1 Paciente si presentó factores de riesgo que pudieron condicionar la aparición de la enfermedad molar, como mala historia obstétrica, aborto previo.

2.4.2 El manejo clínico que se dió en la gestante con diagnóstico de mola hidatidiforme fue acorde a lo establecido en las guías nacionales y en los autores revisados.

2.4.3 No hay un sistema de referencia y contra referencia que indique el cumplimiento de las indicaciones al alta.

2.5. RECOMENDACIONES

2.5.1 Es importante que se realice un diagnóstico e identificación de las gestantes con factores de riesgo de ETG que puedan desarrollar complicaciones. Estas pacientes deben ser referidas a establecimientos de mayor complejidad para el manejo y detección oportuna.

2.5.2 Se debe implementar un sistema de referencia y seguimiento por parte del hospital para determinar el cumplimiento de las indicaciones pos evacuación.

2.5.3 Continuar con los estudios de investigación y socialización en los profesionales de ámbito de la gineco obstetricia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Espinoza Artavia A, Fernandez Vaglio R, Solar del Valle T. Actualización en patología trofoblástica gestacional: Mola hidatidiforme y neoplasias. Revista Médica Sinergia (En línea) 2019 (fecha de acceso 20 diciembre 2020) Vol.4 Num. 5- pp: 44-59 disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2019/rms195e.pdf>
2. Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (en línea). 2018. (fecha de acceso 26 de diciembre 2020); disponible en: <https://portal.inen.sld.pe/indicadores-anuales-de-gestion-produccion-hospitalaria/>
3. Guamán Mizhirumbay A. Lazo Alvarez J. Características de la enfermedad trofoblástica en pacientes del área de gineco - obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso en el periodo comprendido entre enero del 2010 y enero del 2015 [Tesis para obtención de título]. Universidad de Cuenca; Ecuador 2016.
4. Tratamiento de la enfermedad trofoblástica. Instituto nacional del cáncer (en línea). 2020 (fecha de acceso 28 de diciembre del 2020) disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/trofoblastico-gestacion/pro/tratamiento-etg-pdq>
5. Solís Rodríguez K. Descripción de las características anatomoclínicas y hallazgos patológicos de embarazo molar. Hospital Regional de Zacapa enero 2009 a diciembre 2013[tesis de maestría]. Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala. 2016
6. Mercedes Martinez L. Características clínicas, manejo y seguimiento en pacientes con mola hidatidiforme ingresadas en el servicio de ARO I Hedora en el periodo de enero 2013 a mayo 2016[Tesis de especialidad]. Universidad nacional autónoma de Nicaragua; 2017.
<http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/5383/1/231938.pdf>

7. Huanca Llamo j. Factores asociados a enfermedad trofoblástica gestacional en el hospital Hipólito Unanue durante el periodo de enero del 2014 a diciembre del 2018. [Tesis de investigación] Universidad Ricardo Palma, Lima Perú 2019
<https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1765/JHUANCALLAMO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. Huamán Romero D. Características de la enfermedad trofoblástica gestacional en pacientes del hospital el Carmen Huancayo 2015-2018. [Tesis para optar título profesional]. Universidad peruana los Andes; Huancayo Perú 2019.
<http://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/UPLA/628/HUAMAN%20ROMERO%20%20DAYSI%20MERIAN.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
9. Zetuna Bagatella J., Enfermedad trofoblástica gestacional. Federación Latinoamericana de sociedades de obstetricia y ginecología. (México) 2019; No. 8. Disponible en: <https://www.flasog.org/static/revista/REVISTA-FLASOG-NO8.pdf>
10. Ezpeleta J. Cousillas A. Enfermedad trofoblástica gestacional. Revista española de patología 2002 vol 35 n° 2. Disponible en: <http://www.patologia.es/volumen35/vol35-num2/35-2n07.htm>
11. Orphanet. Enfermedades raras y medicamentos huérfanos (fecha de acceso 22 diciembre 2020) disponible en: https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?lng=ES&Expert=99927
12. Agustín A., Savirón R. Et al. Carcinoma pos gestacional. Revista chilena de obstetricia y ginecología Rev. chil. obstet. ginecol. vol.80 no.5 Santiago ago. 2015 disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262015000500009
13. Monte J.C. Canelo M.J. Tumor trofoblástico del lecho placentario. Elsevier (en línea) 2000 (fecha de acceso 25 diciembre 2020); N° 6 disponible en:

<https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-tumor-trofoblastico-del-lecho-placentario-10794>

14. García C. Rangel E. Torres H. Factores de riesgo, diagnóstico histológico y concentraciones de beta – HCG en pacientes con mola hidatidiforme. Universidad industrial de Santander Revista Médicas UIS (en línea) 2018 (fecha de acceso 01 de enero 2021); vol 31, núm.1, disponible en: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/download/8192/8505?inline=1>
15. Protocolo de manejo de mola hidatidiforme (en línea). España: Centro de medicina fetal y neonatal de Barcelona 2019 (fecha de acceso 24 diciembre 2020) disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/mola.pdf>
16. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva. Dirección General de salud de las personas. 2004 Lima Perú.
17. Albinagorta R. 2000 Enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Nacional Cayetano Heredia Lima Perú. 2000 (fecha de acceso 01/01/2021) disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/187595107.pdf>
18. Moncayo F. Incidencia y factores de riesgo asociados a la Enfermedad Trofoblástica Gestacional en los años 2013 – 2016 en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo. [tesis para obtención de título] 2017 [en línea] disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/8102/1/T-UCSG-PRE-MED-592.pdf>