

Urkund Analysis Result

Analysed Document: janeth andrea cedillo procel 1.docx (D16310004)
Submitted: 2015-11-20 21:44:00
Submitted By: jporellana@utmachala.edu.ec
Significance: 9 %

Sources included in the report:

tesis zurita parraga.docx (D16064717)
JARA OLGGER.docx (D9754969)
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304501315000643>
<http://es.slideshare.net/carolina2289/mola-hidatiforme-40218915>
<http://www.medicasos.com/secciones-mc/reportes-de-caso/182-embarazo-molar-reporte-de-un-caso-mexico-2011>
<http://myslide.es/documents/ion-de-placenta-6.html>
http://www.researchgate.net/publication/228838451_Mola_parcial_con_evacuacin_abdominal_presentacin_de_un_caso
<http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-mola-completa-coexistente-con-feto-90429684>

Instances where selected sources appear:

17

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA “CALIDAD, PERTINENCIA Y CALIDEZ” UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCION DE TÍTULO DE MÉDICA TEMA: HEMORRAGIAS OBSTETRICAS DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO ¿TÉCNICA MAS EMPLEADA EN LA RESOLUCION DE LA MOLA HIDATIFORME?

AUTORA: JANETH ANDREA CEDILLO PROCEL

MACHALA – EL ORO – ECUADOR

2015

Machala, 06 de Octubre del 2015

CERTIFICAMOS Que la señorita JANETH ANDREA CEDILLO PROCEL, es autora del presente trabajo de titulación: “HEMORRAGIAS OBSTETRICAS DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO ¿TECNICA MAS EMPLEADA EN LA RESOLUCION DE LA MOLA HIDATIFORME?” la cual fue revisada y corregida, por lo que se autorizó la impresión, reproducción y presentación a los tribunales correspondientes. _____ Dr. SEGUNDO FELIX TOAPANTA ROMERO Dr. JORGE ROBERTO PALACIOS MOCHA C.I.0703120493 C.I.0700681083 _____ Dr. JOGÉ RODRIGO CASTRO CASTILLO C.I.0701046005

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTORÍA

Yo, JANETH ANDREA CEDILLO PROCEL, con C.I. 0705373496, egresada de la carrera de Ciencias Médicas de la Unidad Académica de Ciencias Químicas y de la Salud, de la Universidad Técnica de Machala, responsable del siguiente trabajo de titulación: “

HEMORRAGIAS OBSTETRICAS DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO ¿TECNICA MAS EMPLEADA EN LA RESOLUCION DE LA MOLA HIDATIFORME?” Certifico que la

los resultados y conclusiones del presente trabajo pertenecen exclusivamente a mi autoría,

una vez que ha sido aprobado por mi tribunal de sustentación autorizando su presentación. Deslindo a la Universidad Técnica de Machala de cualquier delito de plagio y cedo mi derecho de Autor

a la Universidad Técnica de Machala para que ella proceda a darle el uso que sea conveniente. Agradezco vuestra gentil atención _____

JANETH ANDREA CEDILLO PROCEL C.I.0705373496 Correo : andreita_c19@live.com
CERTIFICACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, JANETH ANDREA CEDILLO PROCEL, autora del siguiente trabajo de titulación: “HEMORRAGIAS OBSTETRICAS DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO ¿TECNICA MAS EMPLEADA EN LA RESOLUCION DE LA MOLA HIDATIFORME?”. Declaro que la investigación, ideas, conceptos, procedimientos y resultados obtenidos en el siguiente trabajo son de mi absoluta responsabilidad. _____ JANETH ANDREA CEDILLO PROCEL C.I.: 0705373496 DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a Dios, ya que gracias al he logrado concluir mi carrera. A mis padres, porque ellos siempre estuvieron a mi lado brindándome su apoyo y sus consejos para hacer de mí una mejor persona. A cada uno de mis docentes que hacen sido guías fundamentales durante este proceso A todas aquellas personas que de una u otra forma han contribuido para el logro de mis objetivos AGRADECIMIENTO

Dios Todo Poderoso por guiarme en la senda del conocimiento. A mi familia por brindarme siempre apoyo incondicional

A todas las personas que han estado presentes durante este proceso

RESUMEN El objetivo de esta investigación es realizar una revisión bibliográfica de diferentes artículos médicos y de otras referencias de relevancia que nos permitan evidenciar que

la enfermedad trofoblástica gestacional se define como el grupo de alteraciones del embarazo benignas y malignas

provocando enfermedad trofoblástica gestacional persistente. El estudio de revista obstétrica y ginecología de Venezuela del 2014 nos

presenta un caso clínico de Mola Hidatiforme Completa y Feto vivo a término coexistente

realizando como tratamiento de elección cesárea de emergencia. En la Gaceta Médica Boliviana muestra un Caso de Mola Hidatiforme parcial con feto vivo a término realizando cesárea segmentaria y en su posquirúrgico se realizó seguimiento y monitoreo hormonal (Gonadotropina Coriónica Humana Cuantitativa). En la revista de Ginecología y Obstetricia de México en el 2011 demuestra que el Embarazo Molar Parcial fue manejado con tratamiento conservador dando como resultado la valoración riesgo beneficio se optó por realizar aspiración endouterina manual. El estudio de ELSEVIER en España 2015 presenta un caso clínico donde nos demuestra la detección temprana a las 13 semanas de gestación de Mola Hidatiforme completa realizando varios métodos diagnósticos dando como resultados valores normales por lo que paciente sabiendo los riesgos decide continuar con embarazo. La revista ciencias biomédicas nos da un guía de manejo y de protocolos como uso terapéutico del AMEU.

Palabra clave: Mola Hidatiforme, Gonadotropina Coriónica Humana, AMEU, Diagnóstico Tratamiento, ABSTRACT

The objective of this research is to conduct a literature review of different medical and other relevant references that allow us to demonstrate that gestational trophoblastic disease is defined as the group of benign and malignant disorders of pregnancy causing persistent gestational trophoblastic disease. The study of obstetrics and gynecology journal in 2014 Venezuela presents a case of complete hydatidiform mole and coexistent fetus to term performing live as a treatment of choice for emergency caesarean section. In the Gaceta Medical Bolivian case shows a partial hydatidiform mole with a live fetus at term performing segmental cesarean and its postoperative monitoring and monitoring hormone (human chorionic gonadotropin Quantitative) was performed. In the Journal of Gynecology and Obstetrics of Mexico in 2011 it shows that the partial molar pregnancy was managed with conservative treatment resulting in benefit risk assessment performed manually chose vacuum aspiration. ELSEVIER studying in Spain 2015 presents a case where we demonstrated early detection at 13 weeks gestation complete hydatidiform mole performing various diagnostic methods as giving normal results so knowing the risks patient decides to proceed with pregnancy. The magazine biomedical sciences gives us unite and guide management protocols such as therapeutic use of AMEU. Keyword: hydatidiform mole, human chorionic gonadotropin, AMEU, Diagnosis, Treatment. INTRODUCCION

0: <http://www.medicasos.com/secciones-mc/reportes-de-caso/182-embarazo-molar-reporte-de-un-caso-mexico-2011> 87%

Incidencia de enfermedad trofoblástica gestacional: varía según las diferentes regiones del mundo va desde 0,6 a 2,00 por cada 1000 embarazadas. En las mujeres hispanas

es de 4 por cada 1000

embarazadas. (1). La edad es el principal factor de riesgo para este padecimiento: tiene alta probabilidad de padecerla menores de 20 años y mayores de 40 años de edad (1)

La enfermedad trofoblástica gestacional suele asociarse a

niveles extremadamente altos de hormona gonadotropina coriónica humana se usa como marcador para enfermedad trofoblástica gestacional y niveles mayores de 100.000 mul/ml sugieren una mola completa (4)

La ecografía puede ser útil para el diagnóstico de tejido placentario anormal con la apariencia clásica de mola hidatiforme descrita como copos de nieves causada por las vesículas se encuentran en el rango de 1 a 3 mm de diámetro y se ven aumentadas de tamaño con la edad gestacional con la presencia de feto coexistente puede ser más difícil hacer el diagnóstico especialmente en el tercer trimestre sin embargo niemann y col encontraron que 68% de las molas hidatiforme coexistentes con fetos fueron diagnosticados correctamente (1)

El

grado uterino por aspiración y el instrumental son , en ese orden , los métodos de elección para la evacuación quirúrgica de la enfermedad trofoblástica y

la histerectomía

es una alternativa en caso de paridad satisfecha o complicaciones como mionecrosis o perforación uterina .

del 80% al 85% de los embarazos molares se tratan con la evacuación después de esta desaparece la concentración de la gonadotropina coriónica humana en un tiempo variable que depende de la cifra inicial de gonadotropina coriónica humana la cantidad

del

trofoblasto residual después de la evacuación y la sensibilidad de la técnica de cuantificación pero , por lo general , es de 8 a 16 semanas con promedio

de 73 días (1) DESARROLLO

La enfermedad trofoblástica gestacional se define como el grupo de alteraciones del embarazo, benignas y malignas, que se distinguen por: proliferación de células sincitiales y del trofoblasto, degeneración hidrópica de las vellosidades coriónicas y producción de gonadotropina coriónica humana, con o sin embrión o feto. Incluye formas

clínico-patológicas

0: http://www.researchgate.net/publication/228838451_Mola_parcial_con_evacuacin_abdominal_presentacin_de_un_caso 38%

como (1): •

Mola hidatiforme: Mola parcial Mola completa •

Mola invasora • Coriocarcinoma • Tumor trofoblástico de sitio placentario

MOLA HIDATIFORME:(mola vesicular, mola en racimos, o mixoma placentario) Es una patología del trofoblasto caracterizada por degeneración hidrópica de las vellosidades coriales,

que presenta hiperplasia trofoblastica y tumefacción edematosa de las vellosidades corionicas, adquiriendo morfología de cúmulos de vesículas con aspecto de racimos de uvas. En 1976; Vassilakos y Kajii, clasificaron a la mola hidatiforme en completa y parcial. (2) **PRESENTACIÓN CLÍNICA MOLA PARCIAL** Existen cambios placentarios focales: el embrión rara vez sobrevive hasta el segundo trimestre, generalmente se asocia a embarazos gemelares dicigotico y son excepcionales los partos a término (2).

Esta

0: <http://www.medicasos.com/secciones-mc/reportes-de-caso/182-embarazo-molar-reporte-de-un-caso-mexico-2011> 100%

contiene feto, embrión o saco gestacional y su

cariotipo es triploide (3). Es resultado de la fertilización de un ovocito por un espermatozoide duplicado o por dos espermatozoides.

Y puede manifestarse como

cariotipo 69xxy (70%) 69xxx (28%) y 69xyy (3%).

encontrándose un juego de cromosomas maternos y dos juegos paternos triploia diandritica , existiendo casos raros de molas aneploides (aploides y tetraploides).(3) .(2) 1 1 **MOLA COMPLETA:** No hay embrión existen 46 cromosomas, todos de origen paterno (diploidia androgénica). Demostrándose

0: <http://myslide.es/documents/ion-de-placenta-6.html> 70%

que la contribución genética paterna es esencial en el desarrollo de la placenta y tejidos extraembrionarios, y la materna en el desarrollo

embrionario. (2).

Los embarazos con molas completas tienen un mayor riesgo de complicaciones maternas que las molas parciales .estas complicaciones incluyen preeclampsia de aparición temprana tirotoxicosis y enfermedad trofoblastica persistente , debido a lo poco frecuente de los casos como lo reportado , la incidencia de estas complicaciones no ha podido ser establecidas de forma clara, aunque la evolución de la mola parcial a Coriocarcinoma no ha sido bien demostrado en la literatura , se ha reportado que el riesgo de desarrollo de Coriocarcinoma en la mola completa es de 14% y es significativamente mayor en los embarazos gemelares con mola completa en 55% . (1).

0: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304501315000643> 91%

1: <http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-mola-completa-coexistente-con-feto-90429684> 91%

La

consistencia de mola completa y feto vivo a término es una entidad raramente reportada en la literatura científica.,

la mayor parte de estas gestaciones sufren complicaciones severas como pre eclampsia, aborto espontaneo, malformaciones fetales o parto pretermino, con muy poco casos de feto viable y ningún caso de parto espontaneo hasta la fecha (4).

Esta condición puede ser clasificada en tres tipos principales: (1) a) Gestación gemelar en la cual uno de los gemelos es diploide con placenta normal (46 cromosomas ,23 maternos y 23 paternos) y el otro gemelo es una mola hidatiforme completa (46 cromosomas de origen paterno) sin feto (lo cual es consistente con el presente reporte).(1) b) Un embarazo simple con un feto con triploidia con una placenta con degeneración hidatiforme parcial (69 cromosomas 23 maternos y 46 paternos).(1) c) Embarazo gemelar en el cual uno de los fetos es diploide con placenta normal (46 cromosomas , 23 materno y 23 paternos) y el otro gemelo triploidia con la placenta hidatiforme parcial (69 cromosomas 23 maternos y 46paternos)(1) 2 2

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la mola parcial es esencialmente anatomo-patologico puede ser apoyado por técnicas citogenéticas citometria de flujo y sondas moleculares .

sin embargo las pacientes con mola parcial no suelen presentar las características clínicas impresionantes del embarazo molar completo generalmente se manifiesta con sangrado transvaginal signos y síntomas de aborto incompleto y se establece al diagnóstico en la mayoría de los casos posterior a la revisión

histopatológica (2)

El uso de la amniocentesis debe ser beneficioso en la toma de decisiones se esperaría que un feto con triploidia tuviera malformaciones severas y por tanto se recomienda la culminación del embarazo en fetos diploides y viables (46xx o 46 xy de orígenes maternos y paternos) con placenta normal se puede permitir que el embarazo continúe (1)

Se debe realizar diagnóstico diferencial con cuadros de hemorragia del primer trimestre (aborto embarazo ectópico) procesos en lo que existen desproporción entre el tamaño uterino y la edad gestacional (error en la fecha de ultima menstruación ,embarazo gemelar ,macrosomia fetal , miomatosis uterina , polihidramnios) y displasia mesenquimatosa de la placenta en la que encuentra placentomegalia y malformación vascular placentaria en la cara fetal con estructuras químicas pero sin proliferación del trofoblasto ni aumento de gonadotropina

corionica humana(2)

Si bien el diagnóstico de la mola parcial es esencialmente anatomopatologico, puede ser apoyado por técnicas citogenéticas, citometría de flujo y sondas moleculares.

Referente al tratamiento, se debe evacuar la mola, por aspiración y completar con legrado uterino .

La histerectomía es una alternativa en caso de paridad satisfecha o complicaciones, como

ser: mionecrosis o perforación uterina. Los quistes tecaluteinicos desaparecen espontáneamente a los 2 - 4 meses tras la evacuación de la mola, sin embargo existe el riesgo potencial de torsión, pudiendo descomprimirse los mismos por aspiración durante la cirugía. Se debe mencionar que la histerectomía no previene las metástasis, en caso de Coriocarcinoma.(2)

3

3

El

manejo de embarazo molar coexistente con feto normal sigue siendo controvertido en ausencia de cariotipo fetal anormal malformaciones o complicaciones maternas se puede continuar la gestación bajo control estricto siempre que la madre acepte los riesgos existentes Steller at sugirieron que el riesgo de aparición de enfermedad trofoblástica persistente y de progresión de enfermedad metastásica era más alto en casos de mola completa coexistente con feto vivo que en la mola completa aislada .varios autores han informado posteriormente el riesgo

de enfermedad trofoblástica persistente

no se incrementa por lo que un manejo expectante podría ser considerado .es importante recalcar que el diagnóstico definitivo ha de lograrse tras el examen anatomopatológico de los tejidos y que las pacientes han de monitorizar sus niveles de gonadotropina coriónica humana tratando precozmente cualquier ascenso o persistencia de niveles

de metotrexato.(4)

HORMONA GONADOTROPINA CORIONICA HUMANA

La hormona gonadotrofina coriónica humana, coriogonadotropina o gonadotropina coriónica humana (hCG) es una proteína sintetizada principalmente por los tejidos embrionarios. (5).

La hCG puede ser localizada, con técnicas de radioinmunoensayos muy sensibles, en el plasma casi inmediatamente después de la concepción, ya a los 9 días del pico ovulatorio de LH y 1 día después de la implantación. Existen pruebas que detectan su presencia en suero tan temprano como 1 semana después de la concepción, con umbral tan bajo como 2-4 mIU/mL. El embrión de 8 células la produce y entra al torrente circulatorio al otro día de la implantación del blastocito, alcanzando niveles de 100 mIU/mL a las 4 semanas después del primer día del último período menstrual; aumenta rápidamente en el plasma, casi duplicándose sus concentraciones cada 31 horas, encontrándose un pico de 100 000 mIU/mL a las 10 semanas de gestación. Otros han señalado que la duplicación es cada 2 días y que a los 40 días hay 6 500 mIU/mL, 100 000mIU/mL a las 9 semanas, para luego descender y mantenerse durante el resto del embarazo entre 10 000-15 000 mIU/mL . Se han encontrado valores altos en embarazos múltiples, enfermedad gestacional del trofoblasto, en la isoimmunización a Rh y en el síndrome de Down y están bajas en abortos y embarazo ectópico. (5)

4 4 Un estudio reciente demuestra que mientras más baja son las concentraciones sanguíneas de hCG, más rápido es su aclaramiento de la sangre, con un promedio de 26 días desde el momento de la evacuación uterina(5)

Su secreción está relacionada a la masa de tejido trofoblástico, siendo correlacionada con la extensión trofoblástica desde la 4ª a las 20 semanas y con el peso desde las 20 a las 28, de tal manera que la rápida elevación entre las 3ª-9ª semanas del embarazo coincide con la proliferación de la vellosidad trofoblástica inmadura y una extensa capa sincicial.(5) La disminución de la cantidad de tejido trofoblástico observado normalmente entre las 10-18 semanas también se asocia a la de la concentración de hCG en el suero. Desde allí al término de la gestación existe incremento en el dímero de la hCG que es proporcional al tamaño placentario y de las vellosidades coriales; esto significa que su elevación se debe a proliferación e invasión placentaria, mientras que su disminución obedece a reducción del tejido trofoblástico o una transformación de él en un órgano de transferencia (5)

embarazo molar completo pero no siempre en el parcial, por lo que no es una prueba específica para embarazo molar y tiene un valor limitado.

Es útil para el seguimiento y un valor elevado está relacionado con el volumen trofoblástico; es así como, una paciente con niveles muy elevados de esta hormona, tiene mayor riesgo de desarrollar posteriormente una neoplasia trofoblástica gestacional (NTG) (5)

La enfermedad gestacional del trofoblasto (EGT) incluye una variedad de entidades o procesos patológicos derivados del corion fetal durante el embarazo. Recientemente ha sido clasificada por la Organización Mundial de la Salud en a) neoplasias malignas de varios tipos de trofoblasto como el Coriocarcinoma, los tumores trofoblásticos del sitio placentario y los trofoblásticos epiteliales b) malformaciones de las vellosidades coriales que pueden predisponer a desarrollar malignidades: la mola hidatiforme y c) 2 entidades benignas que pueden ser confundidas con otras lesiones y que corresponden a los nódulos y a los exagerados sitios placentarios.(5)

5

5

Como la cantidad de hCG en sangre u orina es proporcional, sobre todo durante las primeras semanas del embarazo a la cantidad de tejido trofoblástico presente, en las enfermedades en la cual existe proliferación exagerada de este, la producción hormonal debe ser también exagerada. Delfs , hace más de 50 años logró instituir valores de 50 000 UI a los 45 días de un embarazo normal, para alcanzar el máximo de 600 000 a los 70 días, para luego descender 20 000 UI a los 100 días, tomándose como presunción diagnóstica valores por encima de los indicados .(5)

En la actualidad, cuando se miden niveles de β -subunidad (β -hCG), en la mola hidatiforme completa se encuentran por encima de 50 000 mUI/mL en suero; esto, unido a la apariencia de copos de nieve a la ultrasonografía, hacen el diagnóstico. En la mola completa, el crecimiento uterino en la mitad de los casos, es mayor que lo esperado para la fecha de retraso menstrual, un 25 % corresponde a la fecha de amenorrea y en la restante cuarta parte puede ser menor que lo esperado. Este tipo de mola completa tiene un potencial de malignidad del 15 % al 25 % y la posibilidad del 17 % de causar metástasis a distancia. En la mola parcial o incompleta el útero suele ser más pequeño que la que corresponde a amenorrea en el 65 % de los casos; los hallazgos ecográficos no son típicos, tienen poca capacidad de dar metástasis (> 1 %) y solo un potencial de malignidad de > 5 % (5).

De acuerdo al tipo celular trofoblástico que predomine en la enfermedad gestacional habrá mayor o menor concentración de hCG, sus fracciones, sus variantes y otras hormonas que son secretadas específicamente por estos tipos celulares. En las molas completas, por ejemplo, existe una amplia diseminación de células que inmunohistológicamente corresponde a productoras de hCG, difusas para lactógeno placentario humano (hPL) y muy poca para fosfatasa alcalina placentaria. Los tumores y el exagerado sitio trofoblástico placentario, poseen predominantemente células derivadas del trofoblasto intermedio.(5)

HALLAZGOS ECOGRÁFICOS

Los hallazgos típicos de mola completa consisten en una colección sólida con patrón quístico complejo que produce una apariencia de tormenta de nieve.

la diferenciación entre mola parcial o completa es difícil de lograr únicamente por ecografía salvo que existan malformaciones fetales o crecimiento retardado precoz , las cuales se vinculan al cariotipo triploide que acompaña a la mola parcial .la amniocentesis permite evaluar el cariotipo fetal y resulta útil para evaluar si continuar el embarazo (4) 6 6

Existe evidencia en el que en un caso clínico en una

0: <http://www.medicasos.com/secciones-mc/reportes-de-caso/182-embarazo-molar-reporte-de-un-caso-mexico-2011> 86%

ultrasonografía mostro un feto vivo intrauterino con frecuencia cardiaca fetal de 148 latidos por minuto movimientos fetales

e

0: <http://www.medicasos.com/secciones-mc/reportes-de-caso/182-embarazo-molar-reporte-de-un-caso-mexico-2011> 78%

los anexos se observó imágenes en rueda de carretera de 6x 7 cm de lado derecho y 5.5 x5 cm en lado izquierdo compatibles con quistes

tecaluteinicos además se realizó un estudio radiográfico de tórax con resultados normales es importante el uso de radiografía de tórax para descartar metástasis (3) TRATAMIENTO En ciertos pacientes y dependiendo las condiciones clínicas se puede iniciar con tratamiento conservador como presentado en un caso clínico en el que se menciona que después de tres días de empezar tratamiento conservador la paciente tuvo nausea y vomito en 15 ocasiones lo que provoco la

0: <http://www.medicasos.com/secciones-mc/reportes-de-caso/182-embarazo-molar-reporte-de-un-caso-mexico-2011> 91%

descompensación electrolítica malestar general y aumento de la cantidad de sangrado transvaginal y dolor abdominal se reportó alteración de las pruebas de función hepática al realizar una valoración con base riesgo beneficio se decidió interrumpir el embarazo se administró 400 mcg dosis única con expulsión de feto cinco horas después se le realizo aspiración endouterina manual con sangrado reportado de 100cc sin complicaciones (3).

Caso clínico reportado en la revista ELSVIER en el año 2015 indica de una paciente que a las 13 semanas de gestación se diagnostica tempranamente de placenta molar mediante ecografía como tratamiento se explica de posibles riesgos paciente decide continuar con tratamiento durante embarazo se realiza control ecográfico a las 35+3 semanas se inicia trabajo espontaneo, paciente tuvo parto espontaneo (4) Caso clínico reportado en Rev Obstet Venez en el año 2014 menciona de una paciente de 37 semanas de gestación con feto vivo en la que como tratamiento se realizó cesárea de emergencia.(1). Caso clínico presentado en Gac Med Bol. En el año 2010 muestra un caso clínico de una paciente de 37 semanas de gestación con feto vivo solo se realizó 3 controles prenatales cesárea previa ruptura prematura de membranas se realizó como tratamiento cesárea segmentaria en el estudio histopatológico de la placenta indica diagnóstico de mola hidatiforme parcial, la paciente es dada de alta realizándole seguimiento y monitoreo ecográfico (2). 7 7 AMEU

Se puede recurrir al AMEU para las siguientes situaciones: aborto incompleto espontáneo, aborto retenido y para biopsia del endometrio. Es fundamental conocer y tener experticia en la técnica. Se contraindica cuando la dilatación cervical es mayor a la del grosor de las cánulas y cuando el tamaño uterino es mayor al equivalente a doce semanas de gestación.(6) No obstante recientes recomendaciones sugieren que si existe experiencia suficiente y disponibilidad de cánulas de tamaño adecuado, el procedimiento se puede realizar

de

El AMEU ha demostrado ser efectivo y seguro en estudios realizados por más de treinta años. La Organización Mundial de la Salud lo recomienda como el método preferido en la extracción del contenido uterino. Es un procedimiento ambulatorio acompañado de pronta recuperación. La mayoría de las mujeres solo ameritan permanecer treinta minutos en la sala de recuperación, al ser manejado el procedimiento con anestesia local. A diferencia de los legrados instrumentales en que se requieren períodos más largos

forma segura hasta un tamaño uterino equivalente a las 16 semanas de gestación. (6)

De

recuperación cuando se utiliza sedación o anestesia general. Con el AMEU no se requiere anesthesiólogo, en el 99% de los casos se alcanza la extracción completa de los restos intrauterinos, hay menos riesgo de complicaciones como síndrome de Asherman o perforación uterina. El procedimiento es de corta duración, usualmente entre tres y diez minutos dependiendo de la edad gestacional. Lo anterior ha llevado a aumento en el uso del AMEU. (6)

REQUISITOS CLÍNICOS, INSTRUMENTAL Y PROCEDIMIENTO Es necesaria la realización de una completa historia clínica que recoja los antecedentes patológicos que puedan interferir con la realización del procedimiento, medicamentos que interactúen con los usados en el AMEU y la presencia de reacciones alérgicas que contraindiquen la medicación. Es importante conocer si la paciente se realizó maniobras abortivas e identificar signos de sepsis o ruptura uterina.(6) 8 8 Es fundamental un completo examen físico que incluya especuloscopia para determinar las características del cérvix, tacto bimanual para establecer la posición del útero, tamaño y dilatación cervical. Realizar ecografía transvaginal para descartar otras patologías pélvicas y confirmar el aborto incompleto. También se deben realizar estudios de laboratorio para establecer el nivel de hemoglobina y buscar enfermedades de transmisión sexual y notificación epidemiológica.(6) Se debe establecer el estado emocional y el entorno social. Realizar consejería en planificación familiar y detección temprana de infecciones de transmisión sexual, también la firma del consentimiento informado para el procedimiento, donde se explican riesgos y complicaciones. Realizar pedagogía sobre el procedimiento, cuidados posteriores en casa y resolver dudas y temores. Por último, se debe administrar el AINES en los 30 a 60 minutos previos al procedimiento.

La capacidad de la jeringa va de 40 a 60 mL y se pueden usar cánulas que van desde 4 a 16 mm de diámetro. La cánula se elige según el tamaño del útero y la dilatación cervical. Los elementos utilizados. En la aspiración eléctrica son desechables, mientras que en la manual son plásticos, reusables y pueden ser limpiados, desinfectados y adecuadamente esterilizados. (6)

Son signos de finalización del procedimiento: • Espuma de color rosado en la cánula. • Ausencia de salida de tejido. • Sensación de aspereza al paso de la cánula por la pared endometrial. • Dificultad para mover la

cánula

dentro de la cavidad. • Manifestación de la paciente de dolor en hipogastrio. Se retira la cánula, el tenáculo cervical, se limpia la cavidad vaginal y se retira el espéculo para dar por finalizado el procedimiento. La muestra obtenida debe ser enviada a patología.(6)

En

el contexto clínico la opción de manejo más adecuada, contando con los recursos para ello, es la realización del legrado por Aspiración Manual Endouterina (AMEU), técnica de alta efectividad, que permite la extracción completa de los restos hasta en el 99% de las intervenciones. (6) 9 9 Es un procedimiento práctico, fácil y seguro. Realizado con la forma manual, es costo/efectivo si se compara con aspiración eléctrica al vacío. La OMS considera como método obsoleto al legrado

quirúrgico instrumental y recomienda que se reemplace por los métodos médicos cuando no se disponga de AMEU. Finalizado el procedimiento la paciente debe conservar reposo por treinta minutos para evaluar la presencia de sangrado o de dolor. (6)

SEGUIMIENTO

El seguimiento hormonal con HCG cuantitativa es fundamental en el manejo posterior a la evacuación de la mola, siendo el control posterior importante para detectar proliferación trofoblástica persistente o un cambio maligno, el Coriocarcinoma, debiendo realizarse el mismo durante un año; semanalmente hasta obtener dos muestras consecutivas negativas, posteriormente mensualmente durante 6 meses, luego cada 2 meses por otros 6 meses.(2) Según otros autores se recomienda el control hormonal, en el primer mes después del vaciamiento molar en forma semanal, en los 3 meses siguientes cada 15 días, del 4to mes en adelante mensualmente hasta completar 1 año. (2).

En un caso clínico estudio post

puerperio quirúrgico se indica alta médica a los 3 días de intervención realizándose seguimiento y monitoreo hormonal con fracción de hCG cuantitativa por consulta externa con valor de 8,6 mu/ml a la semana de la cirugía e indetectable a las 2 semanas

postparto reporta que paciente

se encuentra realizando su control hormonal por consulta externa sin signos clínicos ni bioquímicos de persistencia de enfermedad. (2)

La revisión morfológica de la placenta es muy importante porque aporta

la

información

sobre posibles trastornos placentarios debiendo realizarse un exhaustivo examen macroscópico de la placenta membranas ovulares y del cordón umbilical posterior al parto o cesárea debiendo realizarse un estudio histológico y citogenico en casos sospechosos de esta manera se podrá realizar un diagnóstico certero fidedigno y se podrá aplicar un

diagnóstico certero (2) 10 10 CONCLUSIONES: En los artículos estudiados y con los casos clínicos presentados ante el tratamiento de mola hidatiforme Se concluyó que

del 80% al 85% de los embarazos molares se tratan con la evacuación

en la que debemos considerar condiciones maternas y fetales debemos realizar una buena historia clínica, examen físico y apoyarnos en métodos diagnósticos para poder llegar a un óptimo diagnóstico previo que nos permita realizar la mejor decisión entre los cuales valorando riesgo beneficio y considerando condiciones maternas deberíamos usar como mayor técnica para la resolución de diagnóstico de mola hidatiforme la evacuación de contenido uterino sea con AMEU o por legrado uterino instrumental .. RECOMENDACIONES: • Informar a la paciente de posibles complicaciones y de procedimientos óptimos ante diagnóstico de mola hidatiforme • Recomendando el método de evacuación uterina ante diagnóstico de mola hidatiforme mediante Ameu demostrado que presenta menos complicación y mejor recuperación de paciente • El uso de legrado uterino instrumental solo en casos que sean necesarios • Realizar un seguimiento post evacuación con ecografía valores de hormona gonadotropina corionica humana cuantitativa y radiografía de tórax 11 11 BIBLIOGRAFIA: 1.

Drs. María Labarca-Acosta, Duly Torres-Cepeda, Eduardo Reyna-Villasmil;

Mola hidatiforme completa y feto vivo a término coexistente. Reporte de caso;

Revista de obstetricia y ginecológica de Venezuela, versión ISSN 0048- 7732. /Rev. Obstet Ginecol Venez vol.74 no.1 caracas

mar. 2014

0: JARA OLGHER.docx

100%

[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S004877322014000100010&script=](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S004877322014000100010&script=sciarttext)

sciarttext 2.

Juan Carlos Molina Maldonado, **William Alexander Torrico Aponte, ***Edgar Torrico Aponte; .

COEXISTENCIA DE MOLA HIDATIFORME PARCIAL CON FETO VIVO DE TERMINO; Gasetta Medica

0: <http://www.medicasos.com/secciones-mc/reportes-de-caso/182-embarazo-molar-reporte-de-un-caso-mexico-2011>

100%

Embarazo molar parcial: reporte de un caso y revisión de la bibliografía;

Bolivia Versión On – Line ISSN 1012-2966; Gac Med Bol v.33n.2 Cochabamba 2010

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662010000200012 3.

Víctor

0: <http://www.medicasos.com/secciones-mc/reportes-de-caso/182-embarazo-molar-reporte-de-un-caso-mexico-2011>

66%

Morales García,* Esperanza Bautista Gómez,** Edmundo Vásquez Santiago,*** Úrsula Santos Pérez ; Embarazo molar parcial:

reporte de un caso y revisión de la bibliografía; ginecol Obstet Mex 2011

<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2011/gom117f.pdf> 4.

0: <http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-mola-completa-coexistente-con-feto-90429684>

97%

Sara Tato Varela , Maria Nieves Cabezas Palacios a, Maria Inmaculada Martínez Roche a, Karolina Alexandra Hoffner a, Jose Luis Dueñas Díez ;

0: <http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-mola-completa-coexistente-con-feto-90429684>

91%

1: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304501315000643>

100%

Mola completa coexistente con feto vivo normal: caso clínico y revisión de la literatura :

Elsevier Progresos de Obstetricia y Ginecología /

Unidad de Gestión Clínica de Obstetricia de Ginecología Hospital Universitario Virgen Macarena
Sevilla , España

0: tesis zurita parraga.docx

100%

<http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo->

mola-completa-coexistente-con-feto-90429684 5. 12 12

Dr. Nelson Velázquez Profesor Titular de Obstetricia y Ginecología. Universidad del Zulia.
Maracaibo, Venezuela.; La hormona gonadotrofina coriónica humana.

Una molécula ubícua y versátil. Parte I;

Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela Versión ISSN 0048-7732. ;Rev Obstet Ginecol
Venez vol.74 no2. Caracas

jun 2014//

<http://www.scielo.org/ve/pdf/og/v74n2/art06.pdf> 6.

Méndez-Rodríguez Rogelio1Salcedo-Ramos Francisco1Monsalve-Montoya Rosa Edith2 ;

ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA;Revista de Ciencias Biomédicas Guía de Manejo y
Protocolos .Rev Cienc.Biomed ,2014 ; 5(1):148-165 [http://www.revista.spotmediav.com/
pdf/51/22_guia_de_aspiracion_endouterina.pdf](http://www.revista.spotmediav.com/pdf/51/22_guia_de_aspiracion_endouterina.pdf) 13 13 VII

[Metadata removed]

Hit and source - focused comparison, Side by Side:

Left side: As student entered the text in the submitted document.

Right side: As the text appears in the source.

Instances from: tesis zurita parraga.docx

16: tesis zurita parraga.docx 100%

<http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo->

16: tesis zurita parraga.docx 100%

<http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo->

Instances from: JARA OLGGER.docx

10: JARA OLGGER.docx 100%

[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?
pid=S004877322014000100010&script=](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S004877322014000100010&script=)

10: JARA OLGGER.docx 100%

[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?
pid=S0048-77322004000300001&script=](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322004000300001&script=)

Instances from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304501315000643>

4: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304501315000643> 91%

La consistencia de mola completa y feto vivo a término es una entidad raramente reportada en la literatura científica.,

4: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304501315000643> 91%

La coexistencia de mola completa y feto vivo a término es una entidad raramente reportada en la literatura científica.

14: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304501315000643> 100%

Mola completa coexistente con feto vivo normal: caso clínico y revisión de la literatura :

14: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304501315000643> 100%

Mola completa coexistente con feto vivo normal: caso clínico y revisión de la literatura

Instances from: <http://es.slideshare.net/carolina2289/mola-hidatiforme-40218915>

6: <http://es.slideshare.net/carolina2289/mola-hidatiforme-40218915>
96%

Gonadotropina corionica humana Niveles elevados por encima de lo esperado para la edad gestacional de la fracción beta de la gonadotropina corionica humana se encuentran en el embarazo molar completo pero no siempre en el parcial, por lo que no es una prueba específica para embarazo molar y tiene un valor limitado.

6: <http://es.slideshare.net/carolina2289/mola-hidatiforme-40218915>
96%

Gonadotropina coriónica humana Niveles elevados por encima de lo esperado para la edad gestacional de la fracción beta de la gonadotropina corionica humana se encuentran en el embarazo molar completo pero no siempre en el parcial, por lo que no es una prueba específica para embarazo molar y tiene un valor limitado. •
10. ?

Instances from: <http://www.medicasos.com/secciones-mc/reportes-de-caso/182-embarazo-molar-reporte-de-un-caso-mexico-2011>

0: <http://www.medicasos.com/secciones-mc/reportes-de-caso/182-embarazo-molar-reporte-de-un-caso-mexico-2011> 87%

Incidencia de enfermedad trofoblástica gestacional: varía según las diferentes regiones del mundo va desde 0,6 a 2,00 por cada 1000 embarazadas. En las mujeres hispanas

es de 4 por cada 1000

2: <http://www.medicasos.com/secciones-mc/reportes-de-caso/182-embarazo-molar-reporte-de-un-caso-mexico-2011> 100%

contiene feto, embrión o saco gestacional y su

cariotipo es triploide (3). Es resultado de la fertilización de un ovocito por un espermatozoide duplicado o por dos espermatozoides.

7: <http://www.medicasos.com/secciones-mc/reportes-de-caso/182-embarazo-molar-reporte-de-un-caso-mexico-2011> 86%

ultrasonografía mostro un feto vivo intrauterino con frecuencia cardiaca fetal de 148 latidos por minuto movimientos fetales

8: <http://www.medicasos.com/secciones-mc/reportes-de-caso/182-embarazo-molar-reporte-de-un-caso-mexico-2011> 78%

0: <http://www.medicasos.com/secciones-mc/reportes-de-caso/182-embarazo-molar-reporte-de-un-caso-mexico-2011> 87%

incidencia de enfermedad trofoblástica gestacional varía según las diferentes regiones del mundo desde 0.6 a 2 por cada 1,000 embarazos. En las mujeres hispanas es de 4 por cada 1,000.

2: <http://www.medicasos.com/secciones-mc/reportes-de-caso/182-embarazo-molar-reporte-de-un-caso-mexico-2011> 100%

Contiene feto, embrión o saco gestacional y su cariotipo es triploide. Es resultado de la fertilización de un ovocito por un espermatozoide duplicado o por dos espermatozoides.

7: <http://www.medicasos.com/secciones-mc/reportes-de-caso/182-embarazo-molar-reporte-de-un-caso-mexico-2011> 86%

ultrasonografía mostró un feto único vivo, intrauterino, con frecuencia cardiaca fetal de 148 latidos por minuto, movimientos fetales,

8: <http://www.medicasos.com/secciones-mc/reportes-de-caso/182-embarazo-molar-reporte-de-un-caso-mexico-2011> 78%

los anexos se observó imágenes en rueda de carretera de 6x 7 cm de lado derecho y 5.5 x5 cm en lado izquierdo compatibles con quistes

9: <http://www.medicasos.com/secciones-mc/reportes-de-caso/182-embarazo-molar-reporte-de-un-caso-mexico-2011> 91%

descompensación electrolítica malestar general y aumento de la cantidad de sangrado transvaginal y dolor abdominal se reportó alteración de las pruebas de función hepática al realizar una valoración con base riesgo beneficio se decidió interrumpir el embarazo se administró 400 mcg dosis única con expulsión de feto cinco horas después se le realizó aspiración endouterina manual con sangrado reportado de 100cc sin complicaciones (3).

11: <http://www.medicasos.com/secciones-mc/reportes-de-caso/182-embarazo-molar-reporte-de-un-caso-mexico-2011> 100%

Embarazo molar parcial: reporte de un caso y revisión de la bibliografía;

12: <http://www.medicasos.com/secciones-mc/reportes-de-caso/182-embarazo-molar-reporte-de-un-caso-mexico-2011> 66%

Morales García,* Esperanza Bautista Gómez,** Edmundo Vásquez Santiago,*** Úrsula Santos Pérez ; Embarazo molar parcial: reporte de un caso y revisión de la bibliografía; ginecol Obstet Mex 2011

los anexos se observaron imágenes en rueda de carreta de 6 x 7 cm del lado derecho y de 6.5 x 5 cm en el lado izquierdo, compatibles con quistes

9: <http://www.medicasos.com/secciones-mc/reportes-de-caso/182-embarazo-molar-reporte-de-un-caso-mexico-2011> 91%

descompensación electrolítica, malestar general y aumento de la cantidad de sangrado transvaginal y del dolor abdominal. Se reportó alteración de las pruebas de función hepática. Al realizar una valoración con base en el riesgo-beneficio se decidió interrumpir el embarazo. Se administró misoprostol, 400 mcg dosis única con expulsión del feto cinco horas después. Se realizó aspiración endouterina manual con sangrado reportado de 100 cc, sin complicaciones.

11: <http://www.medicasos.com/secciones-mc/reportes-de-caso/182-embarazo-molar-reporte-de-un-caso-mexico-2011> 100%

Embarazo molar parcial: reporte de un caso y revisión de la bibliografía

12: <http://www.medicasos.com/secciones-mc/reportes-de-caso/182-embarazo-molar-reporte-de-un-caso-mexico-2011> 66%

Morales-García V, Bautista-Gómez, Vásquez-Santiago E, Santos-Pérez U. Embarazo molar parcial: reporte de un caso y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex 2011;79(7):432-435.

Instances from: <http://myslide.es/documents/ion-de-placenta-6.html>

3: <http://myslide.es/documents/ion-de-placenta-6.html> 70%

que la contribución genética paterna es esencial en el desarrollo de la placenta y tejidos extraembrionarios, y la materna en el desarrollo embrionario. (2).

3: <http://myslide.es/documents/ion-de-placenta-6.html> 70%

que la contribución genética paterna es esencial en el desarrollo y la función de la placenta y de los tejidos extraembrionarios, en tanto que la información genética materna es fundamental en el desarrollo embrionario.

Instances from: http://www.researchgate.net/publication/228838451_Mola_parcial_con_evacuacin_abdominal_presentacin_de_un_caso

1: http://www.researchgate.net/publication/228838451_Mola_parcial_con_evacuacin_abdominal_presentacin_de_un_caso 38%

como (1): •

Mola hidatiforme: Mola parcial Mola completa •

Mola invasora • Coriocarcinoma • Tumor trofoblastico de sitio placentario

MOLA HIDATIFORME:(mola vesicular, mola en racimos, o mixoma placentario) Es una patología del trofoblasto caracterizada por degeneración hidrópica de las vellosidades coriales,

1: http://www.researchgate.net/publication/228838451_Mola_parcial_con_evacuacin_abdominal_presentacin_de_un_caso 38%

como mola hidatiforme (completa y parcial), mola invasora, tumor del sitio de inserción placentaria y coriocarcinoma. La mola hidatiforme es una patología del trofoblasto caracterizada por degeneración hidrópica de las vellosidades coriales,

Instances from: <http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-mola-completa-coexistente-con-feto-90429684>

5: <http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-mola-completa-coexistente-con-feto-90429684> 91%

La consistencia de mola completa y feto vivo a término es una entidad raramente reportada en la literatura científica.,

5: <http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-mola-completa-coexistente-con-feto-90429684> 91%

La coexistencia de mola completa y feto vivo a término es una entidad raramente reportada en la literatura científica.

13: <http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-mola-completa-coexistente-con-feto-90429684> 97%

Sara Tato Varela , Maria Nieves Cabezas Palacios a, Maria Inmaculada Martínez Roche a, Karolina Alexandra Hoffner a, Jose Luis Dueñas Díez ;

13: <http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-mola-completa-coexistente-con-feto-90429684> 97%

Sara Tato Varela a, , Maria Nieves Cabezas Palacios a, Maria Inmaculada Martínez Roche a, Karolina Alexandra Hoffner a, Jose Luis Dueñas Díez

15: <http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-mola-completa-coexistente-con-feto-90429684> 91%

Mola completa coexistente con feto vivo normal: caso clínico y revisión de la literatura :

Elsevier Progresos de Obstetricia y Ginecología /

15: <http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-mola-completa-coexistente-con-feto-90429684> 91%

Mola completa coexistente con feto vivo normal: caso clínico y revisión de la literatura | Progresos de Obstetricia y Ginecología