



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LASALUD
CARRERA DE MEDICINA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

“MOLA HIDATIFORME RECIDIVANTE”

Requisito previo para optar por el Título de Médico.

Autor: Hernández Toro, Víctor Manuel

Tutor: Dr. Mena Villarroel, Luis Byron.

Ambato-Ecuador

Junio, 2016

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo Investigación sobre el tema: “**MOLA HIDATIFORME RECIDIVANTE**” de Víctor Manuel Hernández Toro estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Mayo 2016.

EL TUTOR

.....

Dr. Mena Villarroel, Luis Byron

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios en el Trabajo de Investigación: “**MOLA HIDATIFORME RECIDIVANTE**”, como también los contenidos, ideas, análisis y conclusiones son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, Mayo 2016.

EL AUTOR

.....

Hernández Toro, Víctor Manuel

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este análisis de caso clínico o parte del mismo un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi caso clínico con fines de difusión pública: además apruebo la reproducción de este análisis de caso clínico, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Mayo 2016.

EL AUTOR

.....

Hernández Toro, Víctor Manuel

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“MOLA HIDATIFORME RECIDIVANTE”** de Víctor Manuel Hernández Toro estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Junio 2016.

Para constancia firma.

.....
PRESIDENTE

.....
1er VOCAL

.....
2do VOCAL

DEDICATORIA

A mis padres, por estar conmigo siempre, ser el pilar fundamental de mí ser y existir.

Dedico este caso a mi padre Víctor, que siempre e incondicionalmente me da su apoyo, un ser con una inteligencia y fuerza sobrehumana, logrando encaminar a nuestra familia por los senderos de la luz, motivarnos en los momentos más difíciles, y potenciarnos intelectualmente, puesto un buen padre vale por cien maestros.

Mi madre Consuelo, la mujer más dulce y tierna, la persona más frágil de la casa, frágil físicamente, pues en su ser guarda un espíritu de madre arraigada y guerrera, una madre luchadora pendiente de su familia, capaz de dar hasta su vida con tal de ver felicidad y tranquilidad en su hogar, sus labores nunca se acaban hasta que todos los miembros de hogar descansan tranquilos por las noches. El corazón de una madre es un abismo profundo en cuyo fondo siempre encontrarás el perdón

Mi hermano Christian, el pequeño niño de su interior hace mi vida más alegre, llena de emociones, al mismo tiempo puedo encontrar un ser con el cual compartir y confiar mis secretos, pues no hay un mejor amigo como lo es un hermano

Víctor Hernández Toro

AGRADECIMIENTO

Principal agradecimiento a mis padres quienes me han apoyado y aconsejado en las decisiones más importantes de mi vida

Mi hermano su apoyo y comprensión han sido indispensables para formarme como persona, amigo incondicional.

Anita una persona muy importante en mi vida, con quien he aprendido a siempre mostrar una sonrisa y ver el mundo de una manera más simple, siempre disfrutando de todas las circunstancias que me pueda dar la vida, más que mi novia una amiga y confidente.

A mi familia que ha formado gran parte de mi existencia, en especial a mi gran amigo, primo y muy pronto colega, Alex.

Dr. Byron Mena docente muy admirable, uno de los puntos clave para la realización de este caso, siempre compartiendo sus conocimientos y experiencias para fomentar el aprendizaje de los estudiantes, en nuestra institución universitaria.

La Universidad Técnica de Ambato, sus autoridades, docentes y empleados que han sabido llevar a esta institución con paso firme a una excelencia académica, brindando al país profesionales del más alto nivel.

INDICE

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DE TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS.....	ix
RESUMEN EJECUTIVO.....	x
ABSTRACT.....	xi
INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS.....	3
DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADAS.....	4
DESARROLLO.....	5
DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO.....	5
DATOS DE FILIACIÓN.....	5
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES CLÍNICO Y QUIRURGICOS.....	5
ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS.....	5
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES.....	6
ANTECEDENTES NO PATOLÓGICOS.....	6
ANTECEDENTES SOCIOECONÓMICOS.....	6
MOTIVO DE CONSULTA.....	6
ENFERMEDAD ACTUAL.....	7
EXÁMEN FÍSICO.....	7
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA.....	8
RESULTADOS DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS.....	8
EVALUACIÓN DE GINECOLOGÍA.....	9
DIAGNÓSTICO.....	10
PROTOCOLO POSTOPERATORIO.....	11
NOTA POSTQUIRURGICA.....	12
HOSPITALIZACIÓN.....	12
EVALUACIONES DE GINECOLOGÍA CONSULTA EXTERNA.....	14
DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO.....	17
FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS.....	17
FACTORES DE RIESGO AMBIENTALES.....	17
FACTORES DE RIESGO SOCIALES Y ESTILO DE VIDA.....	17
ANÁLISIS DE LOS FACTORES EN LOS SERVICIOS DE SALUD.....	17

OPORTUNIDAD EN LA SOLICITUD DE CONSULTA	17
ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA.....	18
CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN MÉDICA	18
OPORTUNIDADES DE LA REMISIÓN	18
IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS.....	18
MOLA HIDATIFORME (DEFINICIÓN).....	20
INSIDENCIA.....	20
CLASIFICACIÓN ASPECTOS HITOPATOLÓGICOS Y CITOGENÉTICOS	21
MOLA HIDATIFORME COMPLETA.....	22
MOLA HIDATIFORME PARCIAL	23
MOLA INVASORA	24
CARIOCALCINOMA	24
TUMOR DEL SITIO PLACENTARIO	24
ASPECTOS MOLECULARES DE LA MOLA RRECURRENTE.....	25
FACTORES DE RIESGO	25
MANIFESTACIONES CLÍNICAS	26
DIAGNÓSTICO	26
GONADOTROFINA CORIÓNICA HUMANA.....	26
ULTRASONIDO	26
TRATAMIENTO.....	28
SEGUIMIENTO	28
ALGORITMO DE TRATAMIENTO DE MOLA HIDATIFORME.....	30
CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJOR	31
CONCLUIONES	31
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	32
ANEXOS	34
ANEXO 1.....	34
ANEXO 2.....	35
ANEXO 3	36
ANEXO 4.....	37
ANEXO 5.....	38
ANEXO 6.....	39

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1	7
TABLA 2	8
TABLA 3	9

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

“MOLA HIDATIFORME RECIDIVANTE”

Autor: Hernández Toro, Víctor Manuel

Tutor: Dr. Mena Villarroel. Luis Byron.

Fecha: Mayo 2016

RESUMEN

El presente trabajo contiene el estudio de un caso de enfermedad trofoblástica gestacional denominada mola hidatiforme recidivante, desarrollada en una paciente de 30 años de edad la cual fue ingresa en el Hospital IESS de la ciudad de Latacunga por presentar sangrado vaginal con evolución de una semana y antecedentes ginecobstétricos de un aborto espontáneo y un embarazo molar previo. Al realizar los exámenes complementarios se confirmó el diagnóstico presuntivo de una mola hidatiforme recidivante. Se solicita exámenes pre quirúrgicos para posteriormente realizar una intervención quirúrgica, realizando un legrado instrumental para la respectiva evacuación del embarazo molar y subsiguientemente tomar muestras y realizar un estudio histopatológico. Continúa con el seguimiento bioquímico por consulta externa, evaluando los niveles de la hormona gonadotrofina coriónica humana para evitar posibles complicaciones. Finalmente se analiza el caso y se confeccionan conclusiones para ser tomados en cuenta, en el tratamiento y seguimiento de estos casos.

PALABRAS CLAVES: MOLA, HIDATIFORME, RESIDIVANTE, ENFERMEDAD_TROFOBLÁSTICA, GESTACIONAL.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF MEDICINE

MEDICINE CAREER

“RECURRENT HYDATIDIFORM MOLE”

Author: Hernández Toro, Víctor Manuel

Tutor: Mena Villarroel, Luis Byron. Dr.

Date: Mayo 2016

ABSTRACT

This research is a study case of a recurrent hydatidiform mole disease called gestinoal trophoblastic, developed in patientes on their thirties, which was attended at IESS hospital of Latacunga , vaginal bleeding with an evolution during a week and obstetrical gynecologists background of a miscarriage as well as a previous mole pregnancy were presented. After doing the complementary examinations it was confirmed the presumptive diagnosis of a recurrent hydatidiform mole disease. Pre surgery examinations are demanded for a surgical intervention, practicing an instrumental curettage for evaluating the mole pregnancy and after taking samples for the hitopathological study. A biochemical tracking goes on by outpatient, which allowed to evaluate the human chorionic gonadotrophin hormone levels to avoid possible complications.

Finally this case is studied and analyzed, bringing conclusions out that must be taken into account for the threatment and tracking for these health problems.

KEY WORDS: RECURRENT HYDATIDIFORM MOLE, GESTINOAL TROPHOBLASTIC DISEASE

I. INTRODUCCIÓN

La salud de las personas es uno de los componentes fundamentales para el equilibrio y bienestar del ser humano y sus familias, es por eso que es muy importante desarrollar programas que permitan tener buenos hábitos para prevenir problemas de salud que pueden constituirse en degenerativos para la vida del ser humano.

En el presente trabajo se ha investigado un caso de una persona que ha tenido múltiples problemas en la salud integral, ya que, ha presentado un caso de mola hidatiforme recurrente, con antecedentes conflictivos en su reproducción.

Este tipo de patología se caracteriza por ser una enfermedad trofoblástica gestacional, con degeneración hidrópica de las vellosidades coriales e hiperplasia trofoblástica, como resultado de una fecundación anómala que hace que sea imposible el desarrollo embrionario normal, presentando varios riesgos de evolucionar a una neoplasia trofoblástica gestacional, comprometiendo a gran escala el bienestar y salud de la paciente.

Por lo general estos casos de mola hidatiforme suelen ser detectados de forma fortuita, por medio de una ultrasonografía, evidenciando las características radiológicas de un embarazo molar y que deben ser atendidos de forma urgente, programando una evacuación e inspección de la cavidad uterina en busca de posible signos de neoplasia.

El seguimiento clínico en este tipo de casos es fundamental debido a las diferentes complicaciones que se presentan en esta patología, que aunque no son frecuentes, al presentarse pueden llegar a ser letales, es por eso que es indispensable la realización de una adecuada genealogía e historia clínica con el fin de recibir un abordaje óptimo y temprano.

Cabe destacar que el término hidatiforme viene del griego que asemeja a un racimo de uvas, refiriéndose a forma del crecimiento intrauterino. Mola proviene del latín piedra de molino.

II. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Estudiar y presentar un caso de mola hidatiforme, conocer sus signos y síntomas de presentación clínica para desarrollar un adecuado manejo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar factores de riesgos que puede contribuir a la aparición de una enfermedad trofoblástica gestacional.
- Puntualizar falencias en el proceso de evaluación diagnóstico y tratamiento de la paciente en su enfermedad de mola hidatiforme
- Determinar acciones de mejora para las falencias encontradas en la ruta de usuario
- Determinar los procesos adecuados para detección, manejo y seguimiento oportuno.

III. DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADAS

La Historia Clínica fue revisada y estudiada desde 02 de Junio del 2015 hasta el 12 de Enero del 2016 con empeñosa asiduidad en:

- ✓ La anamnesis de hospitalización, donde se recogen los datos de filiación, antecedentes personales y familiares de la paciente.
- ✓ Evoluciones diarias con sus respectivas indicaciones de tratantes del servicio
- ✓ Protocolos quirúrgicos y notas posquirúrgicas de intervenciones de la paciente
- ✓ Informes de exámenes de laboratorio, imagenología y laboratorio patológico
- ✓ Notas de epicrisis de la paciente en indicaciones realizadas
- ✓ Controles por consulta externa con médico tratante de ginecología y obstetricia

IDENTIFICACION DE LA INFORMACION NO DISPONIBLE

- ✓ Entrevista directa a la paciente y familiar
- ✓ Entrevista a médicos tratantes de la paciente
- ✓ Artículos de revisión basada en evidencia y protocolos instituidos.

IV. DESARROLLO

1. DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

DATOS DE FILIACIÓN:

Paciente femenino de 30 años de edad, mestiza, nacida y residente en la ciudad de Salcedo (Parroquia Tandaliví), soltera, religión católica, secundaria completa, ocupación obrera en plantación, grupo sanguíneo desconoce.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES CLÍNICOS Y QUIRÚRGICOS:

18/06/2015: Diagnostican mola hidatiforme, resolución quirúrgica (legrado), no hay complicaciones

Hace 2 años: Sufre aborto espontaneo, realizan aspiración para sacar restos

ALERGIAS (MEDICAMENTOS- ALIMENTOS):

✓ No refiere

ANTECEDENTES GÍNECO – OBSTÉTRICOS (02/09/2015):

- ✓ Menarquia a 13 años.
- ✓ Pubarquia a los 12
- ✓ Telarquia 12
- ✓ Ciclos menstruales regulares por 3 días.
- ✓ Inicio de vida sexual activa a los 24 años.
- ✓ Parejas sexuales: 3.
- ✓ PAP test hace dos años con resultado de infección con tratamiento que no refiere.
- ✓ Método de planificación familiar: Ninguno.
- ✓ ETS: No refiere
- ✓ FUM: No refiere
- ✓ Colposcopia: Hace 1 año negativa

G2, P0, C0, A2, HV0, HM0.

- ✓ **Gesta 1:** Aborto espontaneo con 11 semanas de gestación, por presunta infección de vías urinarias. Realizan aspiración para sacar restos hace aproximadamente 2 años)
- ✓ **Gesta 2:** Embarazo molar. Tratada con legrado el 18/06/2015. Sin complicaciones
- ✓ **Gesta3:** Actual

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES:

- ✓ No refiere.

ANTECEDENTES NO PATOLÓGICOS

Alimentación: 3 veces al día

Micción: 3-4 veces al día

Defecación: 1 vez al día

Consumo de alcohol: Social

Consumo de tabaco: No refiere

Consumo de drogas: No refiere

ANTECEDENTES SOCIO-ECONÓMICOS

Paciente refiere vivir en casa propia, estructura de bloque y cemento de 2 pisos, cuenta con servicios básicos de agua potable, luz, y teléfono móvil. Posee animales extra domiciliarios (perro). Vive con su madre, padre, 2 hermanas con los cuales tiene buenas relaciones intrafamiliares y existe regulares ingresos económicos. En cuanto a su vida sentimental, tiene un enamorado y al momento presentan conflictos en la relación.

MOTIVO DE CONSULTA:

2015/08/28 Hora: 12H10

Control postlegrado de mola hidatiforme + Sangrado vaginal

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente que acude a control de mola hidatiforme, la cual se intervino con legrado hace aproximadamente dos meses. Al momento paciente refiere que hace aproximadamente una semana teniendo como causa aparente mantener relaciones sexuales sin medidas anticonceptivas, presenta sangrado genital a diario de moderada cantidad de color roja achocolatada, esta se acompaña de dolor abdominal en hipogastrio de moderada intensidad 5/10 según la EVA, es de tipo contracción de presentación esporádica por lo que acude al servicio de consulta.

EXAMEN FÍSICO:

Tabla 1: Signos vitales y medidas antropométricas

FC:	77LPM
FR:	19RPM
T°:	37°C
TA:	120/80
<i>MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS:</i>	
PESO:	61 KG
TALLA	1.60 CM
IMC:	23,2

Elaborado por: Hernández Toro Víctor Manuel. **Fuente:** Exámenes complementarios.

Paciente consciente orientada afebril hidratada, levemente álgica, biotipo normosómico.

- ✓ Cabeza: Normocefálica, no se evidencia heridas ni hundimientos
- ✓ Ojos: Pupilas isocóricas, normoreactivas a luz y acomodación, escaleras anticréticas.
- ✓ Boca: Mucosas orales húmedas, piezas dentales completas en regular estado de conservación e higiene. ORF no congestiva.
- ✓ Cuello: Simétrico, no se palpa adenopatías, tiroides en A0
- ✓ Tórax: Simétrico, expansibilidad y frémito conservado.
- ✓ Pulmones: Murmullo vesicular conservado, no se ausculta ruidos sobreañadidos.
- ✓ Corazón: Ruidos cardiacos rítmicos, normofonéticos, no se auscultan soplos.

- ✓ Abdomen: Suave depresible leve dolor a la palpación profunda en hipogastrio. Fondo uterino no palpable.
- ✓ Región Inguino Genital: Genitales externos de nulípara se evidencia leve sangrado rojo oscuro
- ✓ Tacto Vaginal: Cérvix posterior cerrado de consistencia dura, se evidencia leve sangrado de color rojo obscura de mal olor.
- ✓ Región lumbar: Puño percusión bilateral negativa
- ✓ Extremidades: Simétricas, móviles, pulsos distales presentes, llenado capilar menor a 3 segundos, no edemas.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

- ✓ Descartar embarazo + aborto en curso
- ✓ Descartar mola hidatiforme recidivante

INDICACIONES:

- ✓ Biometría Hemática
- ✓ Uroanálisis
- ✓ BHCG cuantitativa
- ✓ Ecografía transvaginal
- ✓ Valoración con exámenes

RESULTADOS DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Tabla 2: Biometría hemática: 2015/08/28 14:00

Leucocitos	5.00
Hematocrito	43.1
Hemoglobina	14.7
Globulos rojos	4.86
Plaquetas	294

Elaborado por: Hernández Toro Víctor Manuel. **Fuente:** Exámenes complementarios.

Tabla 3: Uroanálisis: 2015/08/28 14:06

PH	7
Proteínas	25
Sangre	250

Elaborado por: Hernández Toro Víctor Manuel. **Fuente:** Exámenes complementarios.

✓ **BHCG cualitativa** 2015/08/28 15:33

PRUEBA DE EMBARAZO.....: POSITIVO

✓ **Ecografía Transvaginal:** 2015/08/28 13:00.

Útero de contornos regulares, parénquima ecogénico, endometrio engrosado irregular con áreas ecogénicas anecogénicas sugestivas con patología de trofoblasto útero de 84x 61 x 72mm, cérvix entre abierto, espacio de Douglas libre, anexos sin patología

Idg. Embarazo molar

EVALUACIÓN DE GINECOLOGÍA: 2015/08/28 Hora: 18H57

Motivo de consulta: Revisión de exámenes complementarios

Paciente de 30 años de edad con antecedente de embarazo molar hace dos meses aproximadamente, con tratamiento quirúrgico (legrado), FUM no sabe al momento refiere leve dolor en hipogastrio y sangrado desde hace una semana en poca cantidad color rojo chocolatada. Refiere relaciones sexuales no utiliza método anticonceptivo. Ahora acude a revisión de exámenes complementarios.

Al examen físico: Paciente consiente, orientada, afebril, hidratada, hemodinamicamente estable. Abdomen suave depresible, leve dolor a la palpación profunda en hipogastrio. Fondo uterino no palpable. Región inguinogenital se evidencia, leve sangrado genital de color rojo oscuro Tacto Vaginal, cérvix posterior cerrado de consistencia dura, se evidencia leve sangrado de color rojo obscura de mal olor.

✓ **Reporte de exámenes complementarios reporta:**

Prueba de embarazo positiva

ECO pélvico se evidencia imágenes compatibles con mola hidatiforme

DIAGNÓSTICO:

✓ Mola hidatiforme recidivante

INDICACIONES:

- ✓ Realizar BHCG cuantitativa.
- ✓ Control con resultados por emergencias ginecológicas.
- ✓ Paracetamol 1 gramo vía oral cada 8 horas por 3 días.

EMERGENCIAS:

2015/09/02 Hora: 08H57.

Paciente de 30 años de edad.

App: No refiere.

AGO: G: 3 A: 2 C: 0 HV: 0 HM: 0

Motivo de consulta: Control de BHCG cuantitativa.

Paciente con antecedentes de embarazo molar hace dos meses aproximadamente, con tratamiento quirúrgico (legrado), FUM no sabe, última consulta (2015/08/28) se diagnostica de mola hidatiforme recidivante, se solicita BHCG cuantitativa de forma particular por no tener reactivo en este hospital el cual reporta.

BHCG cuantitativa: 41748,1

ECO reporta imágenes sugestivas de mola hidatiforme

Diagnóstico: Mola hidatiforme recidivante

Indicaciones:

1. Ingreso a Ginecología Hospitalización
2. Nada por vía oral.
3. Control de signos vitales.
4. Lactato Ringer 1000cc IV QD.
5. Metamizol 1g IV C8H
6. Rx de torax.

7. Exámenes pre quirúrgicos.
8. Partes físico y virtual.
9. Comunicar novedades.
10. Terminado el procedimiento colocar estradiol noretisterona 1 amp. IM

CENTRO QUIRURGICO

PROTOCOLO POSTOPERATORIO 2015/09/02 Hora: 17:19.

Dg pre quirúrgico: Enfermedad trofoblastica gestacional

Dg post quirúrgico: Enfermedad trofoblástica gestacional.

Cirugía programada: Legrado uterino instrumental.

Cirugía realizada: Legrado uterino instrumental.

Prioridad: Emergencia.

Team Quirúrgico:

Cirujano 1: Dra. De Turno.

Primer ayudante: IRM. De Turno.

Tipo de anestesia: Local.

Instrumentista:

Circulante: Lic. De turno.

Diéresis: Ninguna.

Exposición: Instrumental.

Hallazgos quirúrgicos:

Útero en avf 1 x anexos no palpables.

Cérvix: Orificio cervical externo entreabierto sangrado en poca cantidad.

Restos vesiculares en abundante cantidad.

Sangrado mínimo.

Complicaciones: Ninguna.

Histopatológico: Si restos molares.

Procedimiento operatorio:

1. Asepsia y antisepsia.
2. Colocación de campos quirúrgicos.
3. Colocación de espejo vaginal.
4. Pinzamiento a las 11 con pinza de Posse.
5. Dilatación de cérvix con dilatadores Hegar 6-8 fácil.

6. Histerometría 6 cm, legra funestada 2-3, revisión de cavidad.
7. Hallazgos descritos.
8. Extracción de restos vesicales en abundante cantidad
9. Control de hemostasia.
10. Retiro de espejo vaginal.

Síntesis: Ninguna.

Complicaciones: Ninguna.

Histopatológico: Si, decidua.

NOTA POST QUIRURGICA.

INDICACIONES: 2015/09/02 Hora: 17:35.

- Nada por vía oral por 8 horas.
- Control de signos vitales + control de sangrado vaginal.
- Aseo genital.
- Lactato Ringer 1000 cc + 10 ui de Oxitocina en el primer lactato IV a 125 cc por hora
- Ketorolaco 30 mg IV C8H.
- Rantidina 50 mg IV C12H.
- Histopatológico.
- Metronidazol 1 gr VO dosis única por la mañana.
- Azitromicina 1 gr VO dosis única por la mañana.
- BHCG en 5 días.

HOSPITALIZACIÓN

2015/09/03 Hora: 8:04.

Días de Hospitalización: 1

Diagnóstico: Post legrado por mola hidatiforme a repetición de 15 horas.

S: Paciente asintomática.

O: TA: 100/60 FC: 72 FR: 20.

Paciente, consciente vigil, hidratada, afebril.

Abdomen: Suave depresible, levemente dolorosos a la palpación en hipogastrio

RIG: Genitales de nulípara. Sangrado escaso.

A: Paciente hemodinamicamente estable.

Leucocitos.....: 6.70

Hematocrito.....: 45.5

Hemoglobina.....: 15.5

Plaquetas.....: 311

Tp.....: 13.0

Tiempo de tromboplastina (ttp) : 34.0

P: Indicaciones

- Dieta general y NPO desde las 6 AM
- Control de signos vitales + Control de sangrado vaginal
- Aseo genital
- Lactato Ringer 1000 cc IV QD
- Ketorolaco 30 mg IV C8H
- Rantidina 50 mg IV C12H
- Pendiente histopatológico
- Bilirrubinas totales y parciales - AST - ALT - TP - TTP
- Rx AP y lateral de tórax reportar informe
- ECO de hígado y vías biliares para hoy
- ECO TV para mañana 04/09/2015
- BHCG en 4 días
- Novedades

HOSPITALIZACIÓN.

2015/09/04 Hora: 19:35

Eco Pélvico

Útero de bordes regulares miometrio conservado, útero de 73 x 37 x 49 mm, endometrio central de 5 mm, cérvix homogéneo, anexos sin patología. Espacio de Douglas libre.

Impresión diagnóstica: estudio sin patología.

Eco de abdomen.

Hígado aumentado de tamaño parénquima homogéneo, vesícula biliar de paredes

delgadas alitiasica, vías biliares de calibre normal, riñones sin alteraciones anatómicas, bazo y páncreas conservados.

Impresión diagnóstica: estudio sin patología.

HOSPITALIZACIÓN.

(DIA DEL ALTA)

2015/09/05 Hora: 7:07

Días de Hospitalización: 3

Diagnóstico: Post legrado por mola hidatiforme a repetición de 63 horas.

S: Paciente asintomática

O: TA: 90/60 FC: 68 FR: 20

Paciente, consciente, vigil, hidratada, afebril, asintomática

A: Paciente estable en condiciones de alta

P: Indicaciones

1. Alta + indicaciones
2. Paracetamol 1 g v VO TID por 3 días
3. Control por consulta externa viernes 11/09/2015
4. BHCG cuantitativa el 10/09/2015
5. Signos de alarma

EVALUACIONES DE GINECOLOGÍA CONSULTA EXTERNA (POST LEGRADO).

Fecha: 2015/09/16 Hora: 8:42

Paciente con antecedentes de embarazo molar por 2 ocasiones, el último se le realiza un legrado instrumental para evacuación del mismo el 2015/09/02, al momento paciente asintomática al examen físico escasa galactorrea.

Evolución de BHCG cuantitativa:

28/08/2015: 41748,1 miu/ml

2015/09/04: 6176,5 miu/ml

2015/09/11: 409,7 miu/ml

Indicaciones:

- BHCG en 15 días
- Exámenes de laboratorio en 15 días

- ECO TV en 15 días
- Enantato de noretisterona más valerato de estradiol

Fecha: 2015/10/20 Hora: 11:39

Paciente con antecedentes de embarazo molar por 2 ocasiones, el último es reintervenido con legrado instrumental para evacuación del mismo el 2015/09/02, al momento paciente asintomática al examen físico normal.

Evolución de BHCG cuantitativa:

28/08/2015: 41748,1 mIU/ml

2015/09/04: 6176,5 mIU/ml

2015/09/11: 409,7 mIU/ml

2015/10/15 BHCG NEGATIVA menos de 5

Exámenes de laboratorio 2015/10/15

T4 libre..... 1.04

Tsh.....: 2.47

Tp.....: 13.0

Tp %.....: 85

Inr.....: 1.11

Tiempo de tromboplastina (ttp):. 34.0

Leucocitos.....: 7.80

Hematocrito.....: 45.6

Hemoglobina.....: 15.4

Plaquetas.....: 375.000

Glucosa.....: 87.50

Creatinina.....: 1.04

Ácido úrico.....: 5.6

Bilirrubina directa.....: 0.36

Bilirrubina indirecta.....: 0.98

Ast (sgot).....: 29

Alt (sgpt).....: 24

Indicaciones:

- BHCG y exámenes De Laboratorio En Dos Meses.

- Continuar Con Enantato De Noretisterona Mas Valerato De Estradiol

Fecha: 2016/01/12 Hora: 08:05

Paciente con antecedentes de embarazo molar por 2 ocasiones, el último es reintervenido con legrado instrumental para evacuación del mismo el 2015/09/02, al momento paciente asintomática al examen físico normal.

Evolución de BHCG cuantitativa:

2016/01/06 BHCG NEGATIVA menos de 5

Exámenes de laboratorio 2015/12/02

Tp %.....: 85

Inr.....: 1.11

Leucocitos.....: 7.70

Hematocrito.....: 46.1

Hemoglobina.....: 15.5

Plaquetas.....: 326

Glucosa.....: 86.30

Creatinina.....: 0.88

Bilirrubina directa.....: 0.21

Ast (sgot).....: 30

Alt (sgpt).....: 36

Indicaciones:

- BHCG en 3 meses
- Valerato de estradiol más noretisterona

Fecha: 2016/01/12 Hora: 08:05

Paciente con antecedentes de embarazo molar por 2 ocasiones, el último es reintervenido con legrado instrumental para evacuación del mismo el 2015/09/02, al momento paciente asintomática al examen físico normal.

Evolución de BHCG cuantitativa:

2016/03/06 BHCG NEGATIVA menos de 5

Exámenes de laboratorio 2015/12/02

Prolactina....22

Tp.....: 13.0

Tp %.....: 85

Tiempo de tromboplastina (ttp): 30.0

Indicaciones:

- Control en Agosto 2016
- BHCG para la misma fecha

2. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

a) FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS

Paciente de sexo femenino, 30 años de edad, etnia mestiza. Con antecedente de un aborto espontaneo hace 2 años con resolución de legrado. Hace aproximadamente 1 año diagnostican embarazo molar en donde también realizan legrado como tratamiento.

b) FACTORES DE RIEGO AMBIENTALES.

Paciente nacida y residente en la ciudad de Salcedo (Tandaviví) a 30 minutos del Hospital IESS Latacunga donde suele hacerse atender por ser afiliada. No acude de forma regular a controles médicos por dificultad al momento de obtener un turno.

c) FACTORES DE RIESGO SOCIALES Y ESTILO DE VIDA.

Ocupación obrera en plantación, consumo de alcohol social, no refiere tabaco ni drogas, Estado civil soltera, refiere relación amorosa conflictiva. Inicio de su vida sexual a los 24 años, hasta el momento refiere 3 parejas sexuales, vida sexual activa, no refiere métodos anticonceptivos ni de planificación familiar.

3. ANALISIS DE LOS FACTORES EN LOS SERVICIOS DE SALUD.

a) OPORTUNIDAD EN LA SOLICITUD DE CONSULTA.

Debido al proceso de atención en salud del Hospital IESS de la ciudad de Latacunga el cual permite acceder a los servicios de especialidad médica, entre otras como ginecología, por medio de una primera obtenida por call center, el cual le reporta a un médico general el que evaluará y dará pase al médico especialista que crea

pertinente en caso de ser necesario, esto hace que se alargue el periodo de tiempo de espera de los pacientes, por una consulta hospitalaria. Debido a la saturación de pacientes las citas que se solicitan por lo general se encuentran copadas o se las programa para dentro de un largo periodo de tiempo. En el caso de nuestra paciente, tenía ya un control programado por el servicio de ginecología, debido a su primera atención donde se le diagnosticó de un embarazo molar, por la cual fue intervenida.

En esta instancia ya no fue tan conflictivo acceder a un especialista de ginecología, pero tuvo que esperar 1 semana con los síntomas de la patología para acudir a su control ya agendado.

b) ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA.

La accesibilidad al hospital IESS de Latacunga no fue tan conflictiva debido a que a situación geográfica de residencia de la paciente no se encontraba tan lejana a esta casa de salud por lo que se demoró aproximadamente 30 minutos en llegar a esta casa de salud.

c) CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN MÉDICA

La atención fue de calidad, los profesionales de salud supieron encaminar la anamnesis para llegar al diagnóstico correcto y brindar el tratamiento adecuado explicando los riesgos que conlleva este caso, e informando de manera clara y entendible las condiciones y actuales y futuras de su patología.

d) OPORTUNIDADES DE LA REMISIÓN.

Al ser el Hospital IESS Latacunga una unidad de salud nivel II, se puede llevar a cabo todos los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de control de embarazo molar de esta paciente hasta el punto que no se encuentre mayor complicación, por lo que no fue necesario otro tipo de evaluación ni transferencia a otra unidad hospitalaria.

4. IDENTIFICACION DE LOS PUNTOS CRITICOS.

RUTA DE USUARIO.

- ✓ Paciente que fue diagnosticada de mola hidatiforme en una primera instancia con tratamiento de legrado, se le da una cita subsecuente para seguimiento con resultados de laboratorio hormonal, en un periodo de tiempo muy alargado, el cual impide el estudio de BHCG semanalmente por un periodo de tres semanas y posterior mensualmente por un periodo seis meses, como refiere los protocolos.

- ✓ Paciente no recibe instrucción correcta sobre su enfermedad, ni anticoncepción necesaria para evitar embarazo hasta culminar el estudio de su patología por lo que refiere relaciones sexuales sin medidas de anticoncepción y acude presentando nuevamente síntomas de un nuevo embarazo molar.

- ✓ Al momento de presentar síntomas, la paciente no puede coger una cita médica, debido a que ya tenía una agendada y si se le daba otra cita tendría que acudir a una evaluación con un médico general, por procesos administrativos y de triaje del hospital, por lo que decide esperar con su sintomatología hasta la fecha de cita agendada con el especialista ginecólogo.

- ✓ Asiste a la evaluación ginecológica con médico especialista quien procede con la evaluación y envía primeros exámenes de gabinete para el diagnóstico presuntivo de un embarazo molar.

- ✓ La paciente presenta signos sugestivos de embarazo molar (tormenta de nieve) en el ECO transvaginal, por lo que se solicita medición de BHCG para confirmar el diagnóstico, al no existir reactivos para este examen en el laboratorio del IESS, se pide a la paciente que se lo realice de manera particular y luego de obtener el mismo regrese con una cita por emergencias del servicio de ginecología y obstetricia, a lo que la paciente accede.

- ✓ Paciente regresa al día siguiente con resultados de BHCG, los cuales se encuentran elevados y en conjunto con los síntomas y signos ecográficos se le da un diagnóstico final de mola hidatiforme recidivante
- ✓ Se decide su ingreso a Hospitalización del servicio de Ginecología y Obstetricia para realizar exámenes complementarios pre quirúrgico y realizar la evacuación de la mola.
- ✓ Se le realiza un legrado instrumental para la evacuación de la mola hidatiforme sin complicación alguna.
- ✓ Posteriormente se le realiza el seguimiento con exámenes de laboratorio para descartar alguna complicación

MOLA HIDATIFORME

DEFINICIÓN

La mola hidatiforme forma parte de un grupo de trastornos de la proliferación del trofoblasto humano los cuales presentan gran variedad de síntomas, este grupo se lo denomina “enfermedad trofoblástica gestacional o neoplasia trofoblástica gestacional. Se la definen como “un embarazo anormal caracterizado por degeneración hidrópica de las vellosidades coriales y proliferación trofoblástica con desarrollo embrionario anormal o ausente” ⁽¹⁾

Se define como mola hidatiforme recurrente (MHR) a la aparición al menos de dos molas hidatiforme en la misma paciente. ⁽²⁾

INCIDENCIA

Se ha reportado que la incidencia de mola hidatiforme se presenta de 0,5 a 1 por cada 1.000 embarazos en América del Norte y Europa, 1,5 a 6 por cada 1000 embarazos en América del Sur. ⁽³⁾

En Perú la incidencia es de 1/ 488 - 665 embarazos. En Ecuador la incidencia es de 1: 600 - 1.000 embarazos. Más del 80% de estos tumores tienen un comportamiento benigno. Sin embargo, 15 -20% tienden a persistir y un 2-3% se transforman en un Coriocarcinoma (1 de cada 25,000 a 45,000 embarazos) ⁽⁴⁾

La incidencia de la mola hidatiforme recurrente afecta al 1% a 2% de la población occidental pero alcanza al 2.5% a 9.4% en algunas regiones de Medio y Lejano Oriente. Incluso se han notificado raros casos de MHR en mujeres pertenecientes a la misma familia. Desde el punto de vista clínico, estas pacientes no presentan ninguna característica articular ⁽²⁾

CLASIFICACIÓN ASPECTOS HISTOPATOLÓGICOS Y CITOGENÉTICOS

Dentro de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional tenemos varias patologías, con base la alteración en la formación de trofoblasto, y se la puede clasificar de diferente forma.

El Instituto Nacional del Cáncer de los EE. UU da una clasificación celular de la enfermedad trofoblástica gestacional: ⁽⁵⁾

Mola hidatiforme

- Mola Hidatiforme parcial.
- Mola Hidatiforme completa.

Neoplasias trofoblástica de la gestación.

- Mola Invasora.
- Coriocarcinoma.
- Tumor trofoblástico del sitio placentario (TTSP) (Muy raro).
- Tumor trofoblástico epitelioides (TTE) (Extremadamente raro).

La OMS clasifica la enfermedad trofoblástica gestacional de la siguiente manera: (6)

Lesiones molares.

Mola vesicular.

- Completa

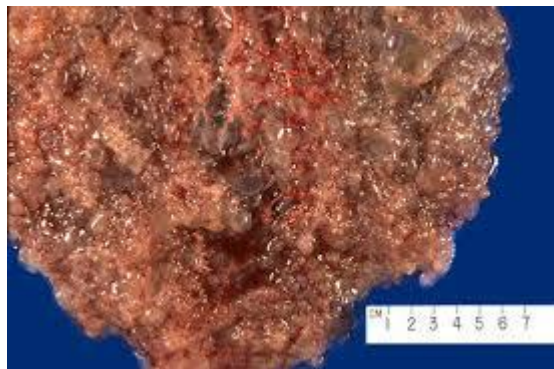
- Parcial
- Invasora

Lesiones no malignas

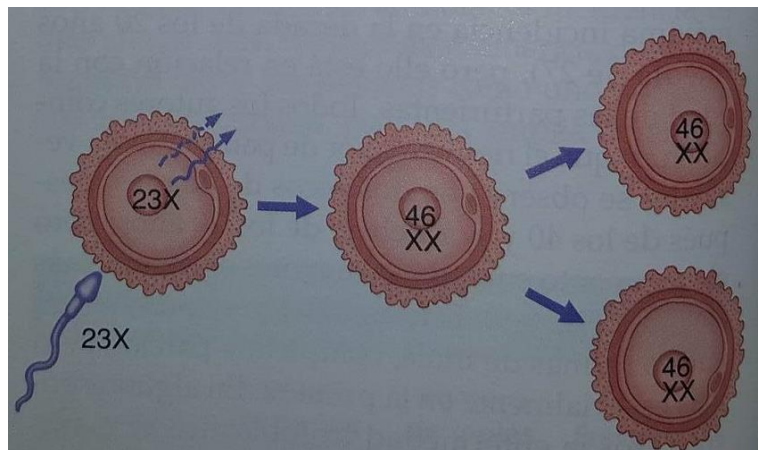
- Coriocarcinoma
- Tumor trofoblástico del sitio placentario
- Tumor trofoblástico epitelioide

MOLA HIDATIFORME COMPLETA.

Es la ausencia de tejido embrionario o fetal. Degeneración hidrópica de vellosidades coriales, hiperplasia trofoblástica difusa con atipia y marcada del trofoblasto en el sitio de implantación molar. ⁽⁷⁾



La mola vesicular completa, tiene cariotipo 46 XX en un 90 % de los casos y 46 XY en el 10 % de los casos ⁽⁸⁾. Se presenta en un 80 % la androgénica la cual se origina de forma homocigótica de dos cromosomas paternos idénticos derivados de la duplicidad del cromosoma haploide paterno, y es siempre femenina, no habiéndose observado la variante 46 XY. ⁽⁶⁾



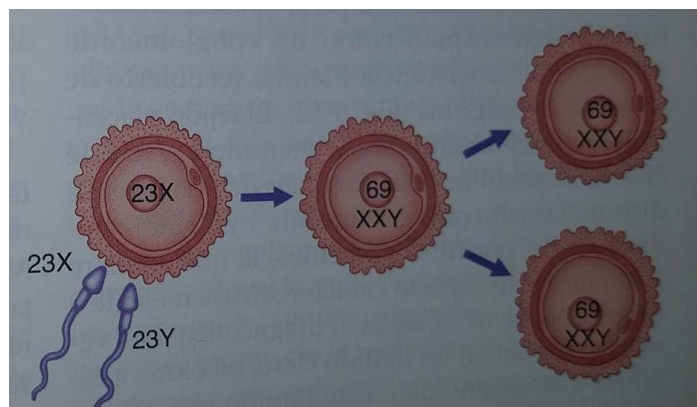
En algunos casos podría ser de origen heterocigótico, pero todos los cromosomas son de origen paterno por dispermia, es decir, por fertilización de un óvulo vacío con dos cromosomas paternos. En la mola vesicular completa biparental hay genes maternos y paternos, pero por fallo de los genes maternos sólo se expresa el genoma paterno ⁽⁶⁾

MOLA HIDATIFORME PARCIAL.

Es la presencia de tejido embrionario o fetal. Hiperplasia trofoblástica focal, variabilidad marcada en el tamaño de las vellosidades con importante edema y cavitación, presentando ocasionalmente atipia focal y leve trofoblasto en el sitio de implantación ⁽⁷⁾



La mola parcial también es producto de una fertilización genéticamente anómala, y en muchos casos presenta cariotipo triploide. Aquí, un óvulo aparentemente normal, con una dotación de cromosomas 23 X, es fecundado por dos espermatozoides, cada uno con un número haploide de cromosomas, o por un solo espermatozoide con genoma diploide, resultado de un cariotipo de 69 cromosomas.



Este hecho se conoce con el nombre de diandria, en la cual dos de los tres genomas son de origen paterno. En estos casos el cariotipo puede ser 69 XXY o 68 XXX, o con menos frecuencia 69 XYY. La posibilidad de fecundación de un óvulo materno diploide 46 XXX, por falla de la primera división meiótica, por un espermatozoide con un número haploide de cromosomas da lugar a un feto anormal triploide (69 XXX o 69 XXY). Este hecho se conoce con el nombre de digenia (derivado de la madre), de tal manera que dos de los tres genomas resultantes tienen origen materno, y no se suele presentar como embarazo molar. Se describen molas parciales con cariotipo diploide (46 XX o 46 XY), con tetraploidía, aneuploidía y haploidía. En los embarazos con mola parcial y embrión o feto identificable estos suelen tener anomalías congénitas⁽⁶⁾

MOLA INVASORA.

Es una lesión localmente invasora, que rara vez da metástasis a distancia, caracterizada por invasión local al miometrio sin involucrar al estroma endotelial.⁽⁷⁾



CORIOCALCINOMA.

Tumor maligno de epitelio trofoblástico. Está compuesto por sincitio y citiotrofoblasto anaplásico y células gigantes multinucleadas, que invaden y pueden dar metástasis a sitios distantes.⁽⁷⁾

TUMOR DEL SITIO PLACENTARIO.

Es un tumor muy raro. Se origina en el sitio de implantación de la placenta y deriva de células del trofoblasto intermedio de la placenta, las cuales se identifican por la secreción de lactógeno placentario y pequeñas cantidades de fracción beta hormona

gonadotropina coriónica: No contiene vellosidades. ⁽⁷⁾

ASPECTOS MOLECULARES DE LA MOLA RECURRENTE.

En mujeres que presentan mola recurrente de origen biparental por lo general no logran un embarazo normal, sugiriendo así el responsable de esta entidad, un defecto genético materno ⁽⁹⁾

Se ha sugerido que las Molas diploides de origen biparental (MDBP) resultan de una falla para reprogramar la impronta materna de regiones diferencialmente metiladas en línea germinal. Varios estudios independientes reportan pacientes con mutaciones homocigotas y heterocigotas compuestas en el gen *NLRP7*, con aparente relación etiológica a la MR, confiriéndoles predisposición a embarazos molares diploides de origen biparental. Se han identificado mutaciones en este gen en 88% de los casos familiares y 66% de los casos únicos de MR. Su asociación con molas androgenéticas triploidía, abortos y óbitos de etiología desconocida, es controversial.

Un segundo gen con efecto materno, el *KHDC3L*, ha sido asociado con MR. Se considera un gen menor con mutaciones en el 10 al 14% de las pacientes con MR que no presentan mutaciones en el gen *NLRP7*. ⁽¹⁾

FACTORES DE RIESGO

Entre los factores de riesgo asociados con esta entidad son el antecedente de embarazo molar previo y la edad materna (menos de 15 años, más de 40 años). Esta asociación, aunque está presente para mola completa y parcial, es mucho mayor para mola completa en todas las edades maternas; el riesgo es mucho mayor en mujeres de mayor edad (a partir de los 45 años) en comparación con las más jóvenes (menos de 15 años).

Las adolescentes que presentan mola completa tienen menor riesgo de progresión a neoplasia trofoblástica gestacional (NTG) que las mujeres mayores, pero, en caso de desarrollarla, no presentan diferencias con respecto a las mayores en cuanto a estadios ni sensibilidad a la quimioterapia. Las asociaciones que se dan con respecto a que la fertilización de un ovocito anormal, es más probable al inicio y al final del

periodo reproductivo de una mujer, son muy sólidos, aunque el mecanismo exacto no es claro. Se presume que los ovocitos cromosómicamente deficientes se producen ya sea permitiendo la fertilización dispérmica o la duplicación nuclear monoespérmica, resultando en una diploidía paterna androgenética o triploidía con MC o MP. ⁽²⁾

MANIFESTACIONES CLINICAS.

- Sangrado vaginal: es el síntoma más común, ocurre en el 97% de los casos. Los tejidos molares podrían separarse de la decidua e irrumpir los vasos maternos, por lo tanto grandes volúmenes de sangre retenida podrían dilatar la cavidad. ⁽¹⁰⁾ Dado que los coágulos intrauterinos experimentan oxidación y licuefacción, se exteriorizan por vagina como un líquido amarronado con aspecto de jugo de ciruela. El sangrado puede ser considerable y prolongado, de modo que la mitad de las pacientes presentan anemia. ⁽²⁾
- Altura uterina mayor a la esperada por edad gestacional. ⁽¹⁰⁾ El tamaño excesivo del útero está presente en la mitad de los casos; en general se asocia con concentraciones notablemente elevadas de subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana (HCG). ⁽²⁾
- Hiperémesis gravídica: Ocurre en una de cuatro pacientes con tamaño uterino excesivamente aumentado y altos niveles de HCG. ⁽¹⁰⁾
- Toxemia: El 27% de las pacientes desarrollan Preeclampsia. El diagnóstico de mola hidatiforme debe ser considerado en toda paciente que desarrolla Preeclampsia a una edad gestacional temprana. ⁽²⁾⁽¹⁰⁾
- Hipertiroidismo: Se observa en el 7% de las pacientes. Ante la sospecha, es importante el dosaje de hormonas tiroideas (T4, T3). Si se sospecha hipertiroidismo debe administrarse bloqueantes β -adrenérgicos antes de realizar la evacuación uterina para disminuir el riesgo de Crisis Tirotóxica ⁽¹⁰⁾ con hipertermia, delirio, convulsiones, fibrilación auricular, insuficiencia cardíaca con gasto elevado o colapso. cardiovascular).
- Quistes teco-luteínicos: Mayor de 6 cm, están presentes en el 50% de las MC. Se originan como producto de altas concentraciones de HCG sub β . Suelen ser bilaterales y multiloculados, Tras la evacuación molar suele retroceder espontáneamente en un plazo de 2 a 4 meses. ⁽²⁾⁽¹⁰⁾

- La embolización trofoblástica se demuestra en el 2% de los casos. Se manifiesta con dolor torácico, disnea, taquipnea y taquicardia. ^{(2) (10)}

DIAGNÓSTICO.

GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA.

La hormona gonadotrofina coriónica humana, coriogonadotropina o gonadotropina coriónica humana (hCG) es una glicoproteína sintetizada principalmente por los tejidos embrionarios; está constituida por 2 cadenas de aminoácidos denominadas alfa (α) la cual es compartida con otras hormonas y beta (β) única correspondiente al tejido trofoblástico ⁽¹¹⁾

Los diferentes ensayos que se utilizan para la determinación de HCB sub β varían según sensibilidad y especificidad. Para disminuir los falsos positivos es conveniente medirla también en orina, ya que nos informa acerca de las moléculas de hCG que están circulando en los tumores son de distinto tipo, como subunidades β libres o fragmentos de hCG. Algunos falsos positivos se dan por la presencia de una reacción cruzada de anticuerpos heterófilos, que como son de gran tamaño y no pasan por el glomérulo renal. Por lo que un resultado positivo en orina excluye un falso positivo en suero. ⁽¹⁰⁾

ULTRASONIDO:

Se define como una serie de ondas mecánicas, generalmente longitudinales, originadas por la vibración de un cuerpo elástico (cristal piezoeléctrico) y propagadas por un medio material (tejidos corporales), cuya frecuencia supera a la del sonido audible por el humano: 20,000 ciclos/segundo o 20 kilohercios (20 KHz). ⁽¹²⁾

El ultrasonido ha contribuido al diagnóstico precoz del embarazo molar. Es de gran utilidad, aporta información sobre el contenido uterino, aspecto de los ovarios así como sobre una posible invasión miometrial. En una ecografía, la mola completa se delinea como una masa uterina ecogénica con numerosos espacios quísticos anecoicos (que se deriva del edema de las vellosidades coriónicas), pero sin un feto o saco amniótico. Su aspecto se describe como “tormenta de nieve”. ^{(2) (4)}



TRATAMIENTO.

El tratamiento se basará en la evacuación de la mola por medio de la aspiración la cual será el método preferido sin importar el tamaño de útero. El cuello del útero debe ser cuidadosamente dilatado antes del procedimiento para acomodar una apropiada cánula para la evacuación. Un catéter de succión, hasta un máximo de 12 mm es satisfactoria para la rápida evacuación y la involución del útero. Infusión de oxitócica puede ser utilizada después de la evacuación, especialmente si se produce sangrado activo A las gestantes con Rh – se les debe administrar inmunoglobulina anti-D en las primeras las 48-72 h tras la evacuación ⁽¹³⁾.

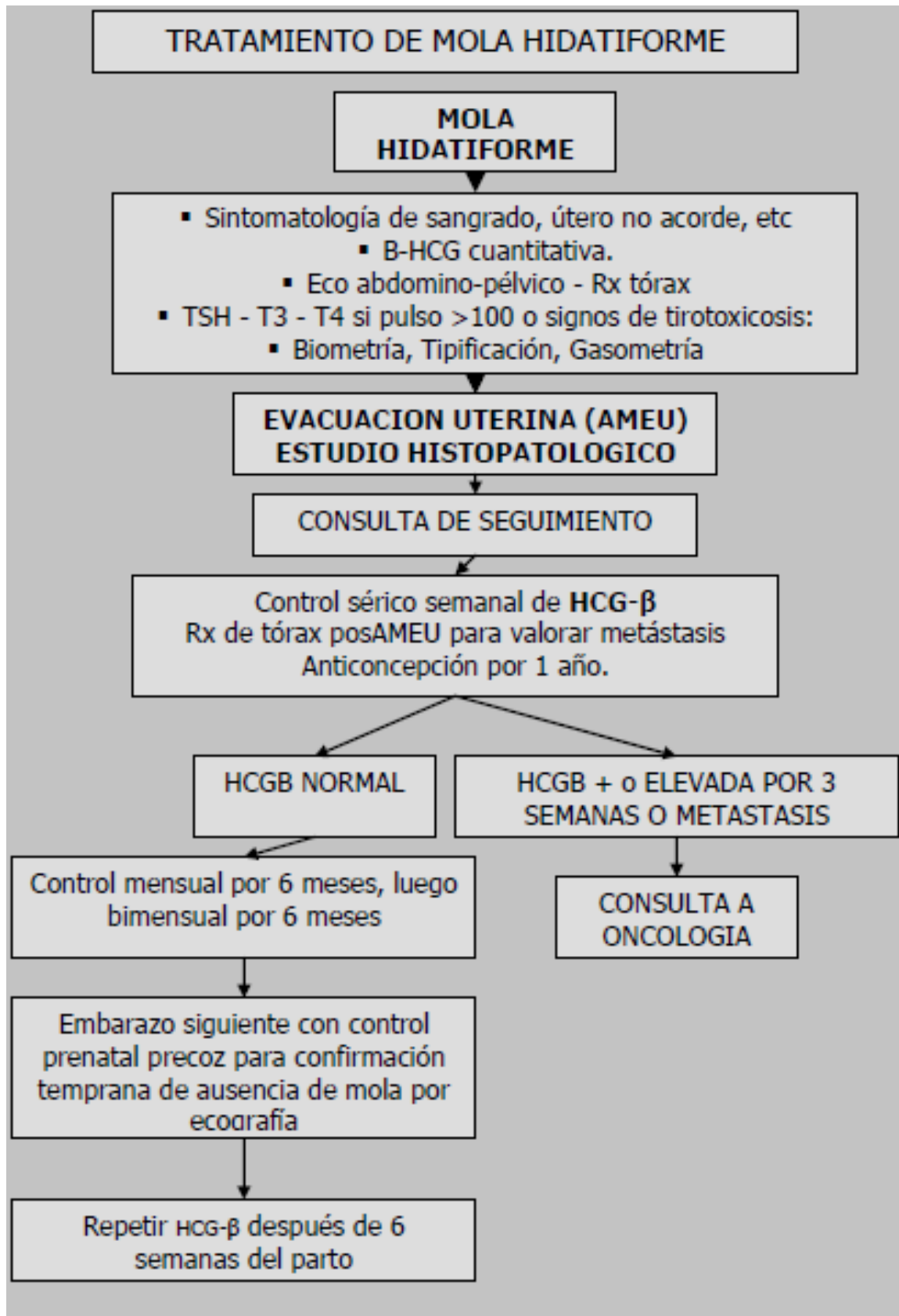
Posterior a la evacuación se debe recoger una muestra la cual hay que llenar de manera correcta y completa la solicitud de estudio histopatológico. Asegúrese de que la muestra esté correctamente conservada para su envío.

SEGUIMIENTO.

Después de realizar el tratamiento es de obligado cumplimiento realizar un correcto seguimiento de la enfermedad., debido a que se debe mantener en estrecha vigilancia bioquímica en busca de neoplasia gestacional persistente. Al mismo tiempo se deberá utilizar algún método anticonceptivo confiable para evitar la confusión que provoca la BHCG ascendente por un embarazo nuevo. Se recomienda que se utilice anticonceptivos hormonales o acetato de medroxiprogesterona inyectada la cual es muy útil cuando las pacientes no tienen un control adecuado de su anticoncepción. Los DIU no se utilizan hasta que la BHCG sea indetectable por el riesgo de

perforación de útero por posible caso de mola invasora.

En cuanto a la vigilancia bioquímica se la realiza con mediciones de BHCG para detectar proliferación trofoblástica persistente. La primera medida se realizará a las 48 horas post evacuación molar. Esta sirve como basal que se comprara con las siguientes cifras. Desde este punto se dará una determinación semanal de BHCH cuantitativa hasta obtener tres titulaciones consecutivas negativas, posteriormente la determinación de BHCG será mensualmente por un periodo de seis meses, y luego bimensual por seis meses más hasta completar el año de seguimiento. Recordar realizar Rx de tórax a los 14 días, 6 meses y 12 meses. ⁽¹⁴⁾



Fuente: Ministerio de salud pública

5. CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

OPORTUNIDADES DE MEJORA:	ACCIONES DE MEJORA:
Conocer y aplicar guías de diagnóstico y tratamiento	Establecer protocolos de las diferentes patologías presentes en un servicio hospitalario de manera que se pueda brindar una atención óptima
Instruir a los pacientes sobre su enfermedad	Dar al paciente información suficiente sobre su enfermedad, seguimiento, tratamiento y complicaciones que pueda llegar a tener
Tener un seguimiento más cercano y oportuno en los pacientes	Identificar y programar la necesidad de una evaluación más próxima según requiera la patología de la paciente

V. CONCLUSIONES

- Un factor de riesgo importante en la aparición de un mola hidatiforme es el antecedente de un embarazo molar previo, que nuestra paciente presentaba en sus antecedentes ginecobstétricos
- Se observaron irregularidades en el control post evacuación del primer embarazo de la paciente puesto que no se siguieron los protocolos adecuados y recomendados.
- No se brindó suficiente información a la paciente sobre su patología, provocando descuido y deterioro de su salud.
- Al igual que la evacuación de la mola un punto muy importante es el seguimiento de la paciente y su control bioquímico con BHCG.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

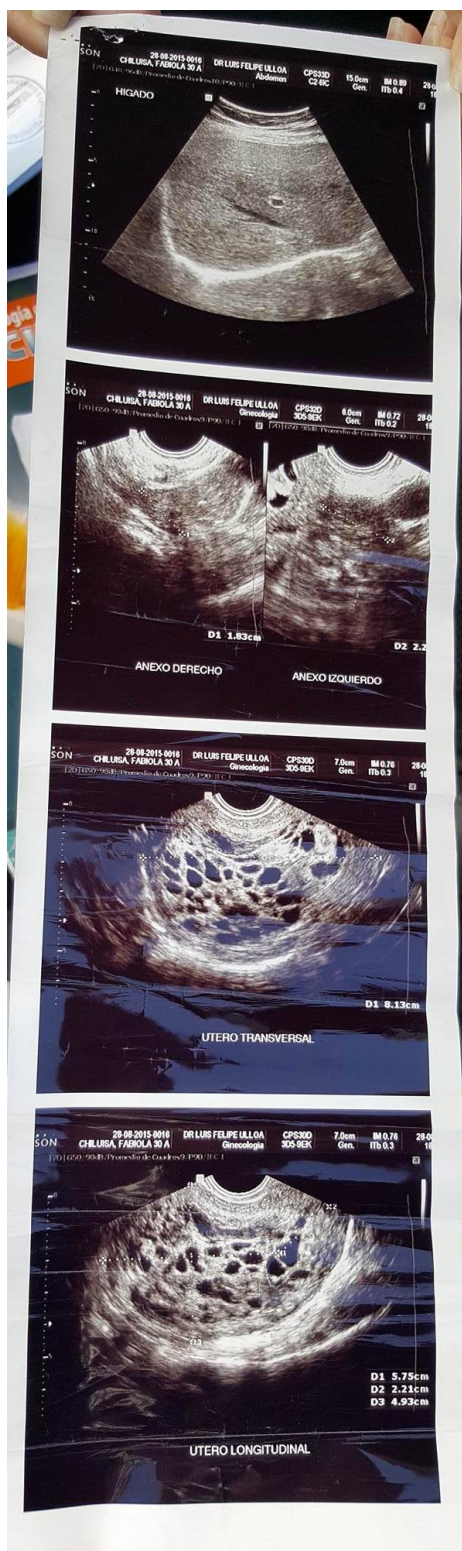
- Altieri A, Franceschi S, Ferlay J. National Cancer Institute. [Online].; 2014 [cited 2016 05. Available from: <http://www.cancer.gov/types/gestational-trophoblastic/hp/gtd-treatment-pdq>. (5)
- Galaz C, Razo G, Grether P, Aguinaga M. Aspectos genéticos de la mola hidatidiforme. Perinatología y Reproducción Humana. 2015 Junio 3 ; 0187-5337: p. 5. (1)
- GESTATIONAL TROPHOBLASTIC DISEASE. NEW ZEALAND GYNAECOLOGIC CANCER GROUP. 2014 Jan 15;; p. 13. (13)
- Lay. Enfermedad Trofoblástica Gestacional. OSECAC. 2014; 1(10): p. 17. (2)
- Madrazo M, Viniegra , Del Pilar , Valenzuela , Días , Castaño , et al. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad trofoblástica gestacional. Guia Práctica Clínica de Diagnóstico y tratamiento de Enfermedad Trofoblástica Gestacional. 2010;; p. 49. (7)
- Mangili G, Lorusso , Brown J, Pfisterer J, Massuger , Vaughan M, et al. Trophoblastic Disease Review for Diagnosis and Management: A Joint Report From the International Society for the Study of Trophoblastic Disease, European Organisation for the Neill M, McKusick V. HYDATIDIFORM MOLE, RECURRENT, 1; HYDM1. Online Mendelian Inheritance in Man. 2016 Feb. (9)
- Pineda Carlos , Macias , Bernal. Principios físicos básicos del ultrasonido. Tecnología en salud. 2012 May; 1(1): p. 10. (12)
- Racines , Guillermo , Cárdenas , Vásquez D, Solís P, Dávalos , et al. Componente Normativo Materno Neonatal. Componente Normativo Materno Neonatal. (14)
- Riegé M, López , Bianconi , Bayo , Costa , Vico , et al. ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL”. Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. 2014;; p. 13. (10)
- Treatment of Trophoblastic Disease, and the Gynecologic Cancer InterGroup. INTERNATIONAL JOURNAL OF GYNECOLOGICAL CANCER. 2014 Nov; 24(p S109–S116). (3)
- Tutiven DWD. “Incidencia, Manejo Obstétrico y Complicaciones del Embarazo Molar. In Tesis Presentada Como Requisito Para Optar Por La Especialidad; 2010; Guayaquil. p. 62. (4)

- Usadisaga , Fuente. Obstetricia y Ginecología Madrid : Marbán ; 2011. (6)
- Velázquez N. La hormona gonadotrofina coriónica humana. Una. Revista de Obstetricia y Ginecologia Venezuela. 2014; 74(2)(122-133): p. 12. (11)
- Williams D, Hodgetts V, Gupta. Recurrent hydatidiform moles. European Journal of Obstetric y Gynecology and Reprodcutive Bilogy. 2010 May; 150(1): p. 4. (8)

REFEENCiAS BIBLIOGRÁFICAS – BASE DE DATOS UTA

1. Alifrangis , Seckl M. Genetics of gestational trophoblastic neoplasia: an update for the clinician. ProQuest. 2010 Dec;(1915-23.): p. 10.
2. Mak V, Lee L, Siu , Wong O, Lu X. Downregulation of ASPP1 in gestational trophoblastic disease: correlation with hypermethylation, apoptotic activity and clinical outcome. ProQuest. 2011 Apr; 24(522-32.): p. 12.
3. PeiVer H. Molecular diagnosis of gestational trophoblastic disease. ProQuest. 2010| Nov;(1023-34.): p. 13.
4. Seckl , Sebire , Berkowitz. Gestational trophoblastic disease. ProQuest. 2010 Aug;(717-29.): p. 14.
5. Walkington L, Webster J, Hancock B, Everard J. Hyperthyroidism and human chorionic gonadotrophin. ProQuest. 2011; 104(1665 – 1669): p. 6.

VII. ANEXOS

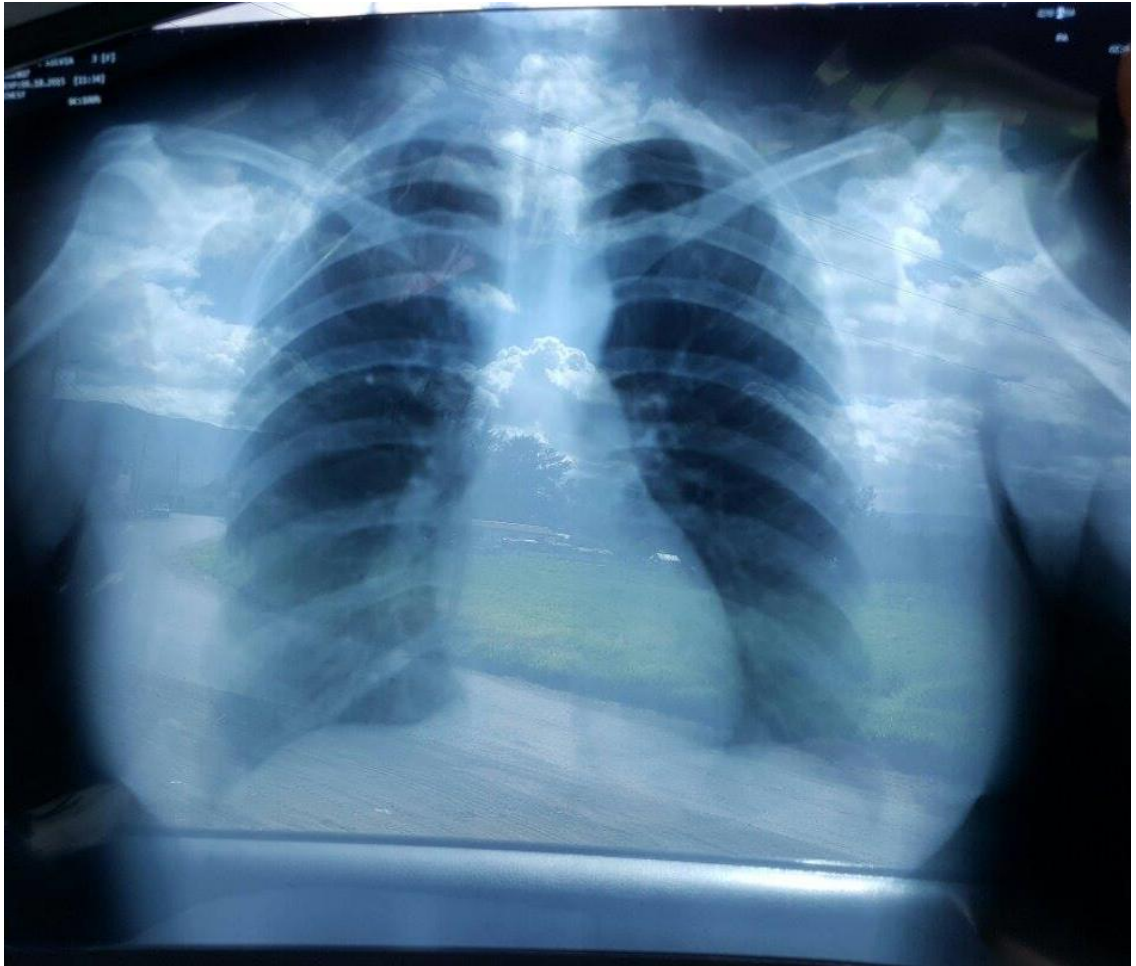


ANEXO 1

Ecografía transvaginal que muestra:
Endometrio engrosado irregular con áreas ecogénicas anecoicas


ANEXO 2:

RX de tórax sin patología



ANEXO 3:

Examen de laboratorio (BHXG cuantitativa)

**LABORATORIO CLINICO CLINICA LATACUNGA LGBS**
Dirección: Sánchez de Orellana 11-79 y Marqués de Maenza
Telf: (03) 2 810265 - (03) 2 810260 - (03) 2 810262
e-mail: laboratorioclinicolgbs@hotmail.com
Latacunga - Ecuador

PACIENTE: SRA. SILVIA CHILUISA
EDAD: 30 AÑOS
FECHA: 11/09/2015
HORA: 13:42:54
MEDICO: DR.

HORMONAS

DETERMINACION	RESULTADO
BHCG CUANTITATIVA	409,7 mIU/mL
FUM:	

VALOR DE REFERENCIA

MUJERES NO EMBARAZADAS	< 10 mIU/mL
MUJERES POSTMENOPAUSIA	< 10 mIU/mL


MUJERES EMBARAZADAS

SEMANAS	RANGO
3	5 - 50 mIU/mL
4	5 - 426 mIU/mL
5	18 - 7,340 mIU/mL
6	1,080 - 56,500 mIU/mL
7 a 8	7,650 - 229,000 mIU/mL
9 a 12	25,700 - 288,000 mIU/mL
13 a 16	13,300 - 254,000 mIU/mL
17 a 24	4,060 - 165,400 mIU/mL
25 a 40	3,640 - 117,000 mIU/mL


Lcdo. Diego Asas P.
LABORATORIO CLINICO

ANEXO 4:

Examen de laboratorio (BHXG cuantitativa)



LABORATORIO CLINICO CLINICO LATACUNGA LGBS
Dirección: Sánchez de Orellana II-79 y Marqués de Maenza
Tel: (03) 2 810265 - (03) 2 810260 - (03) 2 810262
e-mail: laboratorioclinicolgbs@hotmail.com
Latacunga - Ecuador

PACIENTE: Sra. SILVIA CHILUISA
EDAD: 30 AÑOS
FECHA: 15/10/2015
HORA: 11:32:08
MEDICO: Dr.


HORMONAS

DETERMINACION	RESULTADO
BHCG CUANTITATIVA	< 5.00 mIU/ml

VALOR DE REFERENCIA


VALOR DE REFERENCIA	RANGO
MUJERES NO EMBARAZADAS	< 10 mIU/ml
MUJERES POSTMENOPAUSIA	< 10 mIU/ml
MUJERES EMBARAZADAS	
SEMANAS	RANGO
3	5-50 mIU/ml
4	5-426 mIU/ml
5	18-7.340 mIU/ml
6	1.080-56.500 mIU/ml
7 a 8	7.650-229.000 mIU/ml
9 a 12	25.700-288.000 mIU/ml
13 a 16	13.300-254.000 mIU/ml
17 a 24	4.060-165.400 mIU/ml
25 a 40	3.640-117.000 mIU/ml

LCDA. FERNANDA CANAVERAL
LABORATORIO CLINICO



ANEXO 5:

Examen de laboratorio (BHXG cuantitativa)

**LABORATORIO CLINICO CLINICA
LATACUNGA LGBS**
Direccion: Sánchez de Orellana II-79 y Marquez de Maenza
Telf: (03) 2 810265 - (03) 2 810260 - (03) 2 810262
e-mail: laboratorioclinicolgbs@hotmail.com
Latacunga - Ecuador

LABORATORIO

PACIENTE: Sra. SILVIA CHILUISA
EDAD: 30 AÑOS
FECHA: 02/12/2015
HORA: 12:27:06
MEDICO: Dr.

HORMONAS

DETERMINACION	RESULTADO
BHCG CUANTITATIVA	< 5,0 mIU/ml

VALOR DE REFERENCIA

MUJERES NO EMBARAZADAS	< 10 mIU/ml
MUJERES POSTMENOPAUSIA	< 10 mIU/ml
MUJERES EMBARAZADAS	
SEMANAS	RANGO
3	5-50 mIU/ml
4	5-426 mIU/ml
5	18-7.340 mIU/ml
6	1.080-56.500 mIU/ml
7 a 8	7.650-229.000 mIU/ml
9 a 12	25.700-288.000 mIU/ml
13 a 16	13.300-254.000 mIU/ml
17 a 24	4.060-165.400 mIU/ml
25 a 40	3.640-117.000 mIU/ml

LCDA. FERNANDA CAÑAVERAL
LABORATORIO CLINICO

