

ATENCIÓN Y CUIDADOS DE LA MUJER GESTANTE CON COMPLICACIONES EN EL PRIMER Y SEGUNDO TRIMESTRE

TEMA 55

Valle Alguacil Sánchez
Enfermera especialista en Obstetricia y Ginecología

ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

Proliferación anormal del trofoblasto:

- Mola Hidatiforme
- Neoplasia Trofoblástica Gestacional



ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

MOLA HIDATIFORME

MOLA COMPLETA
MOLA PARCIAL

Neoplasia trofoblástica gestacional

MOLA INVASIVA

CORIOCARCINOMA

TUMOR DE LECHO PLACENTARIO

TUMOR TROFOBLÁSTICO EPITELOIDE

MOLA HIDATIFORME

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

Es una patología localizada no invasiva, no neoplásica, no maligna:

-**Mola completa**: degeneración hidrópica y edema del estroma con ausencia de vasos sanguíneos en las vellosidades, de feto y amnios.

-**Mola parcial**: la degeneración es menos avanzada y focal, existiendo al menos saco amniótico o feto.

Clínica

Metrorragia del primer trimestre

Abortos del primer trimestre

Dolor y presión pélvica, secundaria a aumento tamaño uterino y/o presencia quistes decalutéricos

Expulsión vesículas hidrópicas a través vagina



*HIPERTIROIDISMO (Homología TSH y β HCG)

MOLA HIDATIFORME

Coriocarcinoma:

Tumor de color rojo oscuro, con gran capacidad de crecimiento que invade miometrio y los vasos. Al afectar endometrio causa metrorragia, no presenta vellosidades y su capacidad de metástasis se localiza en pulmón y vagina.

Mola invasora:

Crecimiento trofoblástico excesivo y las vellosidades penetran en el endometrio e incluso en el peritoneo. No posee capacidad metastásica

Tumor de lecho placentario:

Desarrollo trofoblástico tras el embarazo o aborto. Es extremadamente inusual. Clínica: metrorragia irregular, si invasión hemorragia intra peritoneal y en caso de metástasis pulmonares hemoptisis.

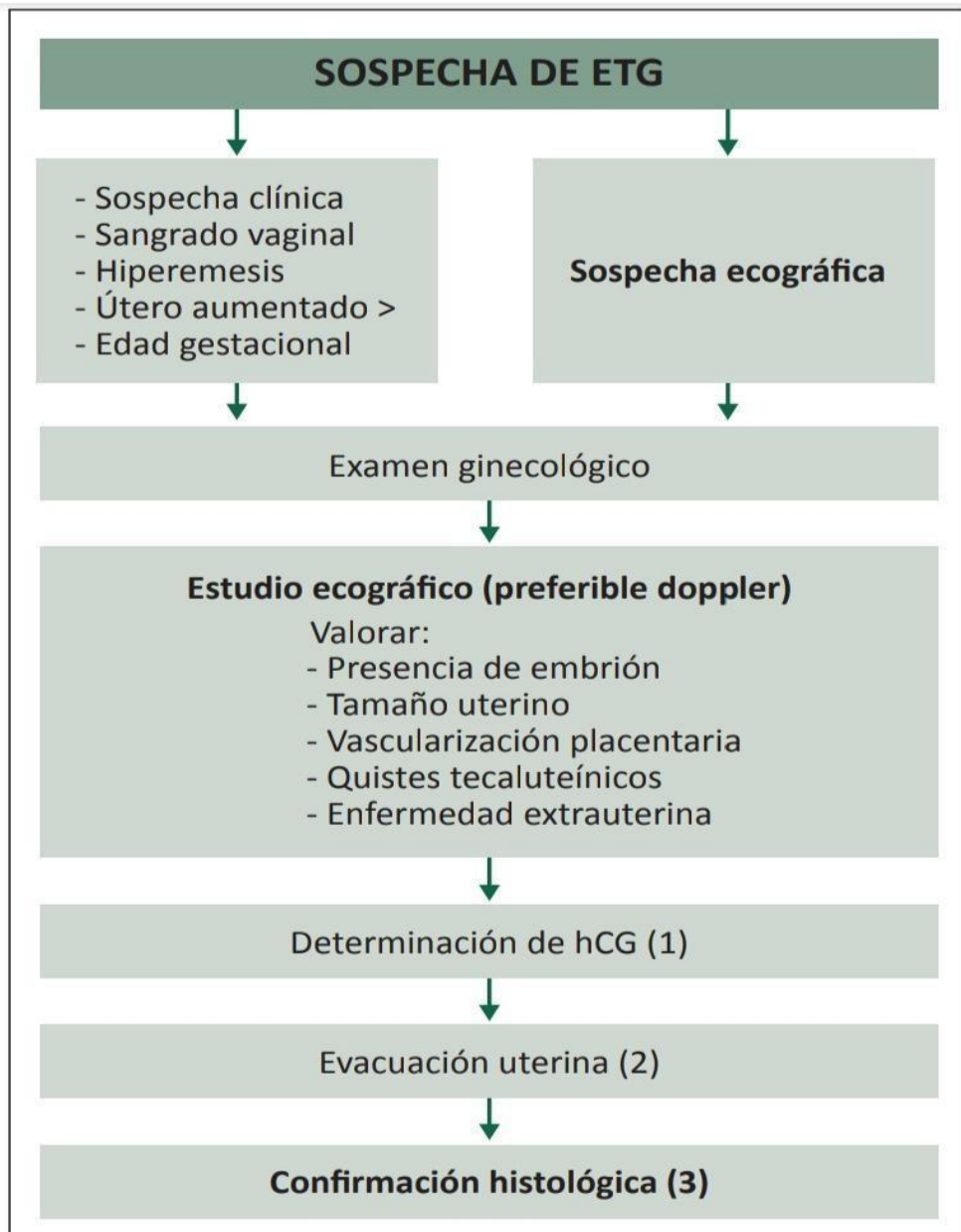
Tumor trofoblástico epitelial:

Es una variante del tumor de lecho placentario.



Dra. Pebbles Medina | foro.slap-patologia.org

NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL



ACTITUD DIAGNÓSTICA

1. Es recomendable usar la hCG total, pero puede usarse la β hCG. Debe usarse siempre el mismo test para el diagnóstico y seguimiento. Se recomienda además hacer el perfil básico y el tiroideo.

3. Si existiera confirmación histológica de ETG se seguirá haciendo un control de hCG postevacuación.

SEGUIMIENTO

OBJETIVO: DIAGNÓSTICO TEMPRANO DE ALTERACIONES CON CARACTERÍSTICAS MALIGNAS.

Medición niveles b-HCG

Se realizará una medición previa a la evacuación

Determinación semanal hasta obtener tres determinaciones consecutivamente negativas
(β hCG < 5 mUI/l)

Determinación 24-48h post evacuación

Determinaciones mensuales

- ✓ Si negativización ≤ 8 semanas postevacuación: mensual hasta 6 meses
- ✓ Si negativización ≤ 8 semanas postevacuación: mensual hasta 6 meses últimas negativa

Prevención embarazo durante seguimiento niveles b-HCG/ Anticoncepción oral (hay suficiente evidencia de que no aumentan el riesgo de NTG posterior, pueden incluso disminuirla, y tienen una menor tasa de embarazo comparados con el uso de métodos barrera). AL MENOS 6 MESES POSTEVACUACIÓN.

SEGUIMIENTO

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

- Meseta en los niveles de hCG al menos durante 4 medidas en un periodo de 3 semanas o superior.
- Aumento de hCG en 3 medidas semanales consecutivas en un periodo de al menos dos semanas o más.
- Si hay diagnóstico histológico de confirmación.

Tabla 5: EVALUACIÓN DE LA NTG

Exploración ginecológica y general, analítica sanguínea, renal y hepática

Valor basal cuantificado de hCG

Radiografía o tomografía computarizada de tórax

Resonancia magnética cerebral

Tomografía computarizada o resonancia magnética de abdomen y pelvis

SEGUIMIENTO

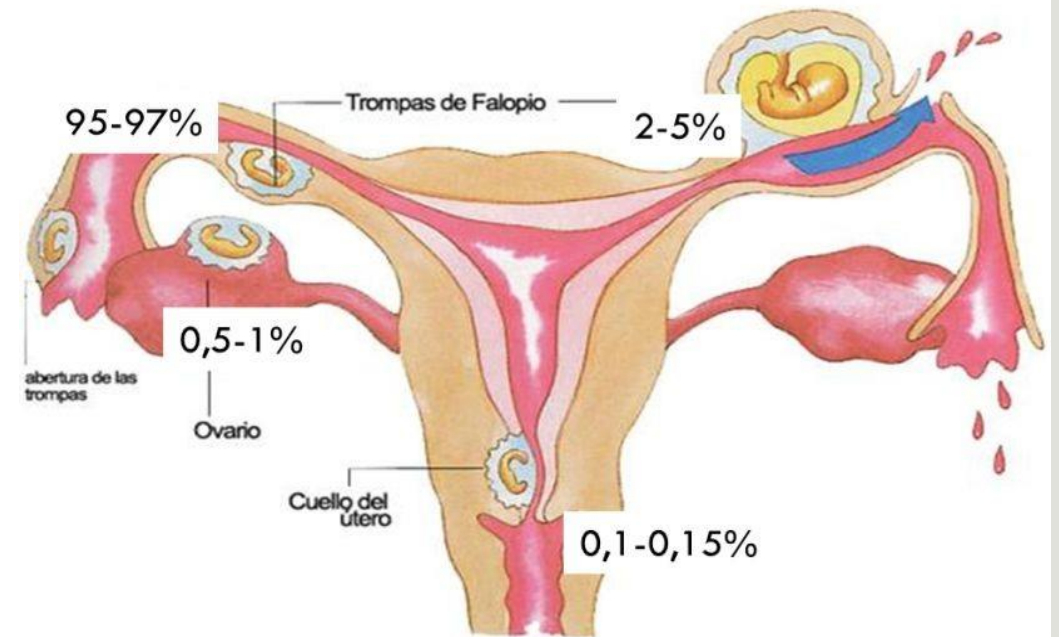
Tabla 2. Sistema de estadificación anatómica de la neoplasia trofoblástica gestacional de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia²

Clasificación	Características
Estadio 1	Enfermedad confinada al útero
Estadio 2	La neoplasia se extiende fuera del útero pero está limitada a los anexos, vagina o ligamentos anchos.
Estadio 3	La neoplasia se extiende a los pulmones, con o sin involucro del tracto genital
Estadio 4	Metástasis en algún otro sitio



EMBARAZO EXTRAUTERINO/ECTOCIESIS

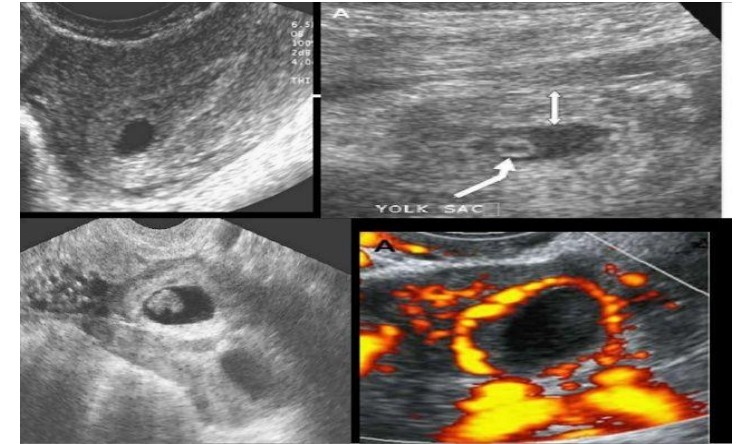
- Incidencia: 1-2%
- Técnicas reproducción asistida,
EIP Métodos anticonceptivos.
- Mayor capacidad diagnóstica:
Determinación b-HCG y ecografía.



EMBARAZO EXTRAUTERINO

Manifestaciones clínicas

- Dolor abdominal y escasa hemorragia.
- Accidentes hemorrágicos agudos o aborto tubárico con hemorragia peritoneal raros:
 - Abdomen agudo, defensa peritoneal y Blumberg positivo con shock hipovolémico.



- ✓ Exploración clínica
- ✓ Ecografía
- ✓ Determinaciones seriadas β hCG

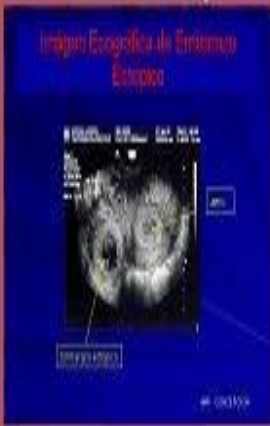
La sospecha de embarazo ectópico es alta cuando por ecografía transvaginal se objetiva un útero vacío y los niveles de β -hCG sérica **son >1800 mUI/mL.** (B)

EMBARAZO EXTRAUTERINO

TRATAMIENTO MÉDICO (Metotrexate) TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

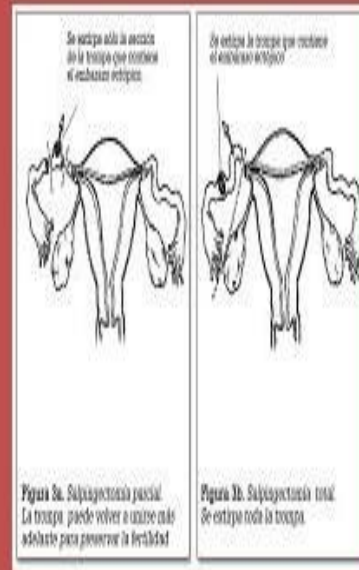
ACTITUD EXPECTANTE

INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES
<ul style="list-style-type: none">• A(-)• Diámetro < 4 cms• B-HCG < 5000 UI/l	<ul style="list-style-type: none">• Mal estado general.• Hemoperitoneo.• Antecedentes de EE homolateral con tto conservador previo.• EE heterotópico.• Leucopenia, anemia, plaquetopenia, elevación enzimas hepáticas, elevación creatinina, úlcera péptica, lactancia materna.• Rechazo a eventual transfusión sanguínea.



Indicaciones para el tratamiento médico de embarazo ectópico. La imagen muestra una ecografía de la pelvis con un texto superpuesto que indica 'Indicaciones para el tratamiento médico de embarazo ectópico'.

La presencia de latido cardíaco embrionario o líquido libre en la pelvis no contraindica por sí sola la terapia con Mtx, pero lo hace menos aconsejable.

INDICACIONES	SALPINGECTOMÍA POR VÍA LAPAROSCÓPICA
<ul style="list-style-type: none">• A(+)• Diámetro > 4 cms• Hemoperitoneo.• EE heterotópico.• Antecedentes de EE homolateral con tto conservador previo.• Contra indicación metotrexate o fallo tto médico.• No deseo tratamiento médico.• Dificultad seguimiento posterior de la paciente.	 <p>Diagramas anatómicos que muestran la salpingectomía parcial (Figura 8a) y la salpingectomía total (Figura 8b). La Figura 8a indica que se extrae solo la aleta de la trompa que contiene el embrión ectópico, permitiendo que la trompa vuelva a unirse más adelante para preservar la fertilidad. La Figura 8b indica que se extrae toda la trompa.</p>

- Mujeres hemodinámicamente estables.
- B hCG < 1500 mU/ml y en descenso
- Localización desconocida del embarazo

PROTOCOLO SEGUIMIENTO

ABORTO

La SEGO define aborto como «la expulsión o extracción de sumadre de un embrión o de un feto de menos de 500g de peso (peso que se alcanza aproximadamente a las 22 semanas completas de embarazo) o de otro producto de la gestación de cualquier peso o edad gestacional pero que sea absolutamente no viable.

Aborto precoz < 12SG (80-85%)	Aborto tardío > 12SG
Posible causa embrionaria	Factores maternos

2º Aborto	3er aborto	4º aborto
16%	25%	45%



 < 500g



**Inferior a
500 gramos**

ABORTO

Signo Hartman:
sangrado genital ligero
producido por la
implantación

Formas clínicas del aborto

Amenaza de aborto

Aborto en curso

- Aborto inicial
- Aborto inevitable
- Aborto incompleto.

Aborto completo

Aborto diferido

Aborto de repetición

Amenaza de aborto espontáneo

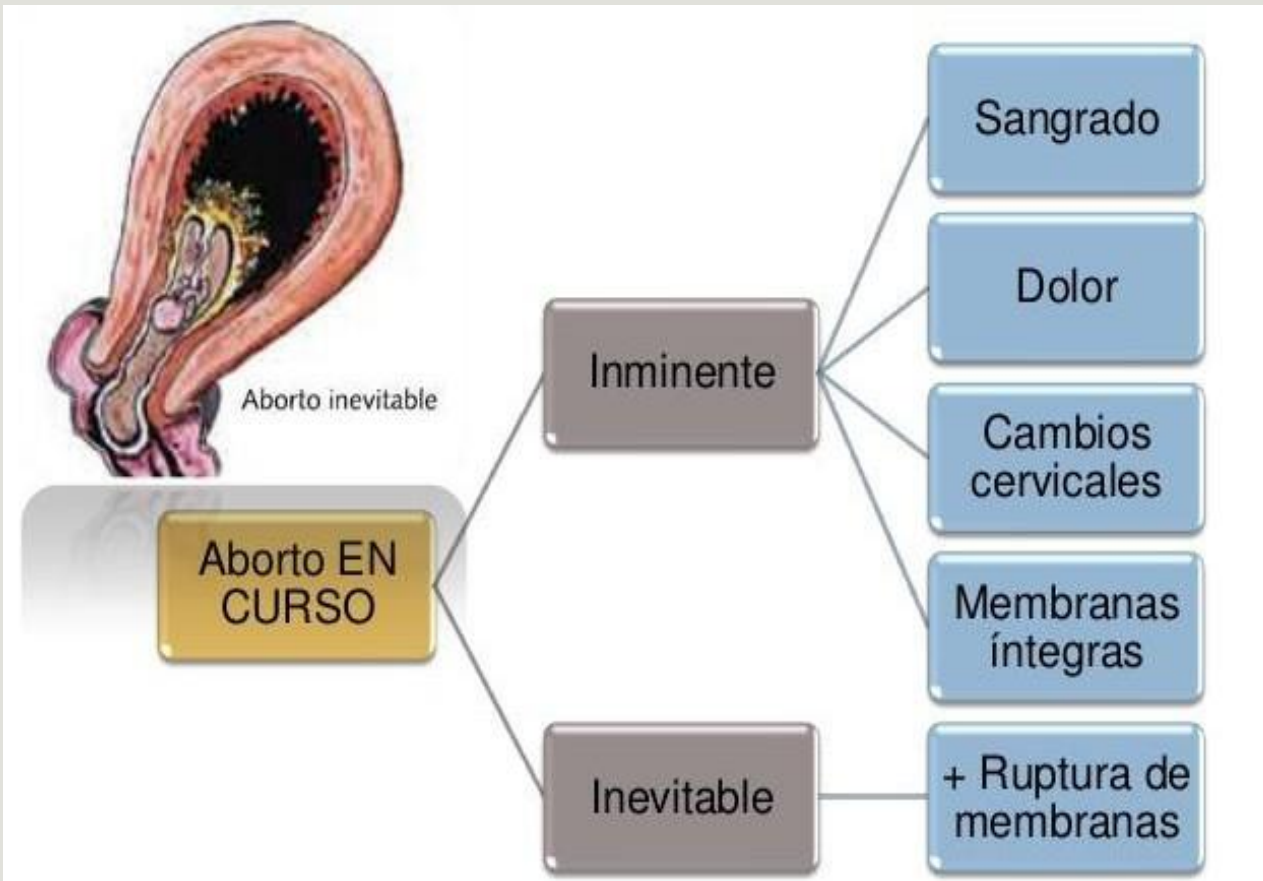


Sangrado vaginal

- ☐ Hemorragia genital procedente de cavidad.
- ☐ Cérvix cerrado +desarrollo acorde a edad gestacional con AC+.

Reposo relativo.
Abstinencia sexual.
Apoyo psicológico.

AMENAZA DE ABORTO



- Hemorragia genital + dolor.
- Modificaciones cervicales (orificio cervical > 8 mm)

ABORTO EN CURSO

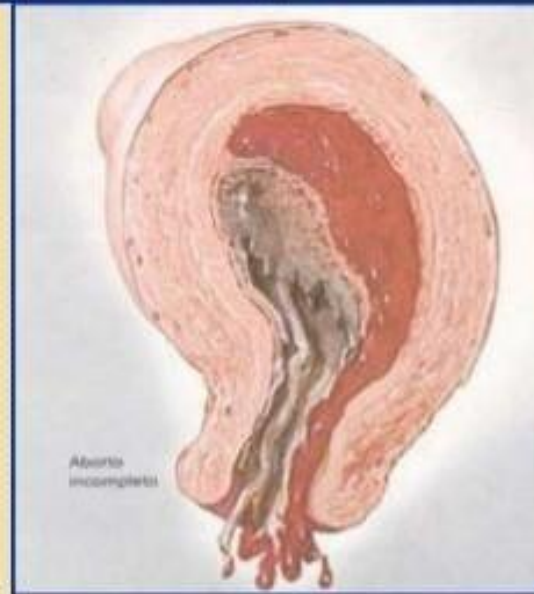
-ABORTO COMPLETO:

- Expulsión completa , luego del desprendimiento de los productos de concepción.





-ABORTO INCOMPLETO:

- Expulsión parcial del embrión, feto o placenta hacia el exterior quedando tejido retenido en la cavidad uterina o canal cervico vaginal.



ABORTO INCOMPLETO/ABORTO COMPLETO

Aborto consumado	
Incompleto	Completo
	
Persiste Persisten	Minima Cesan y merma el dolor
Cuello abierto Restos ovulares en útero y/o vagina	Cuello cerrado
Expulsión en dos tiempos. Retención de anexos	Expulsión total: huevo y anexos
Restos endocavitarios y vaginales	Útero involucionado y vacío

Organización Mundial
de la Salud (OMS)



3 Abortos consecutivos

*American Congress of Obstetricians
and Gynecologists (ACOG)*



2 Abortos consecutivos

- ☐ Dos abortos o más consecutivos o más de dos alternos (SEGO)
- ☐ Aborto habitual o recurrente.

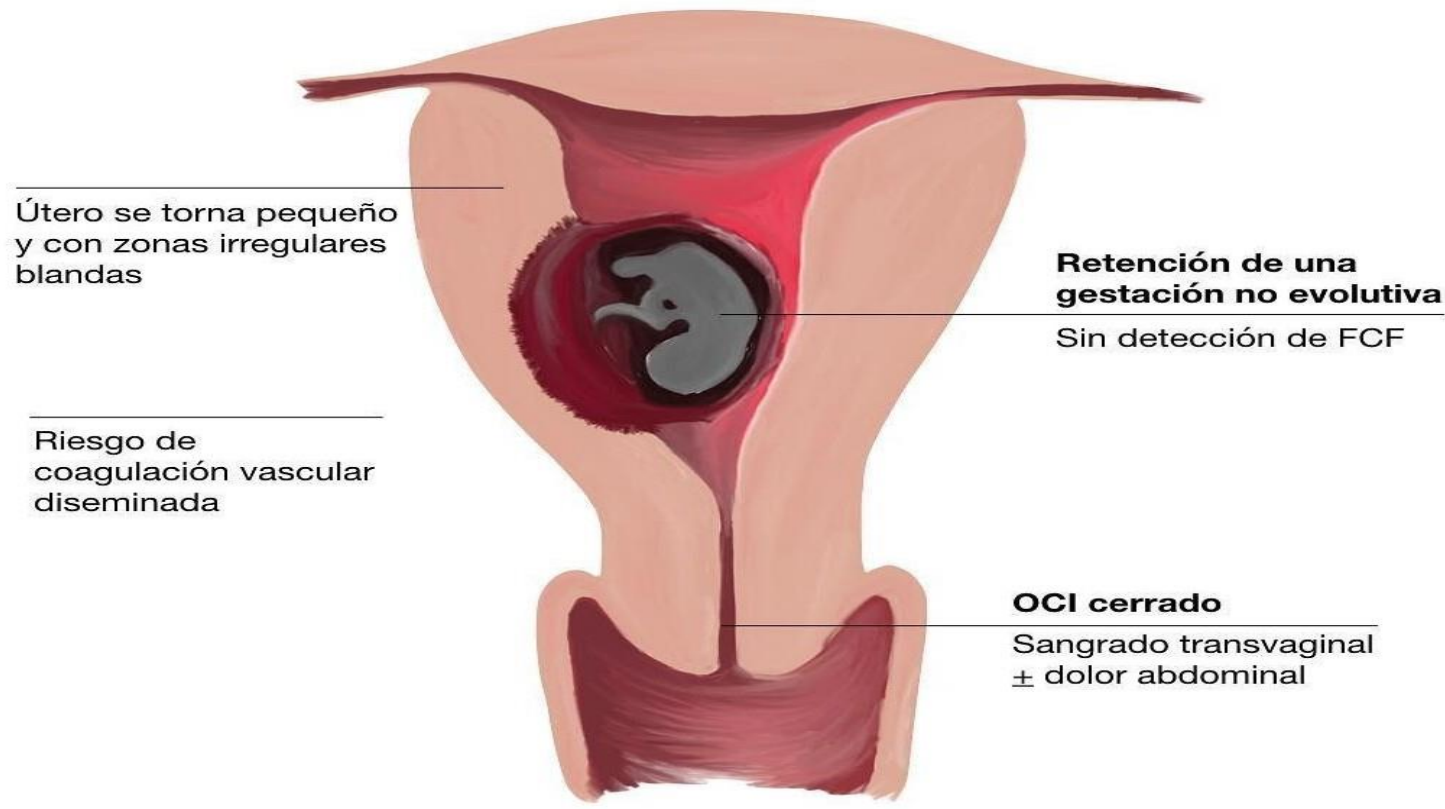


No existe consenso relativo al número de abortos previos que justifique el inicio del estudio por infertilidad. C

La decisión de iniciar el estudio con el segundo o tercer aborto debe hacerse teniendo en cuenta la edad de la paciente, los antecedentes personales y familiares, las circunstancias de las pérdidas gestacionales y la ansiedad de la pareja. RSAA

En el 50% de los casos el estudio del aborto de repetición no pondrá de manifiesto ninguna causa. C

ABORTO DE REPETICIÓN



- ❑ Falta de expulsión de los productos de la concepción.
- ❑ Cursa sin hemorragia ni dolor.
- ❑ Conocido también como aborto retenido.
- ❑ En el caso en el que se observe un saco $\geq 20\text{mm}$ sin identificarse embrión se hablará de **gestación anembrionada** ("huevo huero")

ABORTO DIFERIDO

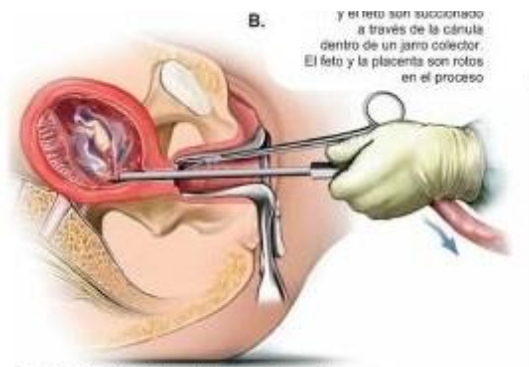
MANEJO DEL ABORTO

Amenaza de aborto	Aborto en curso	Aborto incompleto	Aborto completo	Aborto diferido
-Reposo relativo -Abstinencia sexual -Apoyo psicológico.	-Evacuación uterina mediante legrado obstétrico.	-Tratamiento médico o quirúrgico.	-No precisa.	-Evacuación uterina. -Tratamiento médico

-Grupo y Rh sanguíneo materno.

-No se requiere la administración de gammaglobulina en abortos completos precoces que no precisan evacuación uterina.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL ABORTO



Copyright © Nucleus Medical Art, Inc. All rights reserved. www.nucleusart.com
Traducido por <http://pro-hi-vida.blogspot.com>

1. Dilatación cervical (en casos de cérvix cerrado)

- Dilatadores Higroscópicos: tallos de Laminaria Digitata o Laminaria Japonica (alga)
- Dilatadores médicos:
 - Misoprostol: dosis 440µg intravaginal.
- Dilatadores mecánicos:
 - Tallos de Hegar.

2. Evacuación uterina o legrado.

- Legrado quirúrgico: raspado sistemático guiado.
- Legrado por aspiración: preferible por causar menos dolor y hemorragia.

Posibles complicaciones del tratamiento quirúrgico

Perforación uterina, sinequias uterinas(Sd. Asherman), traumatismos cervicales, infección, hematometra.

TRATAMIENTO MÉDICO DEL ABORTO

- Uso de PG por vía intravaginal u oral.
- Efectos secundarios: hemorragia, dolor, fiebre, náuseas, diarrea y vómitos.
- Contraindicaciones: alergia al medicamento, presencia de DIU, anemia ($Hb < 10\text{mg/dl}$), fiebre, coagulopatía o uso de anticoagulantes, cesárea previa...

MIFEPRISTONA(RU486)

MISOPROSTOL

MANEJO EXPECTANTE EN ABORTO

- Eficacia similar al tratamiento médico y qco.
- En caso de dudas permite confirmación del diagnóstico.
- Aborto en las dos primeras semanas tras el diagnóstico.

COMPLICACIONES DEL ABORTO

Complicaciones del Aborto

- Hemorragia
- Coagulopatía Intravascular Diseminada (CID).
- Aborto séptico

CLASIFICACIÓN DEL ABORTO SÉPTICO

- GRADO I: Infección localizada en cavidad uterina
- GRADO II: Infección que sólo se extiende a otras estructuras pélvicas
- GRADO III: Infección diseminada asociada a:
 - Septicemia o sepsis
 - Pelviperitonitis
 - Tromboflebitis pélvica
 - Shock séptico complicada con IRA o CID

ABRUPTIO PLACENTAE/DPPNI

TRIADA CLÁSICA

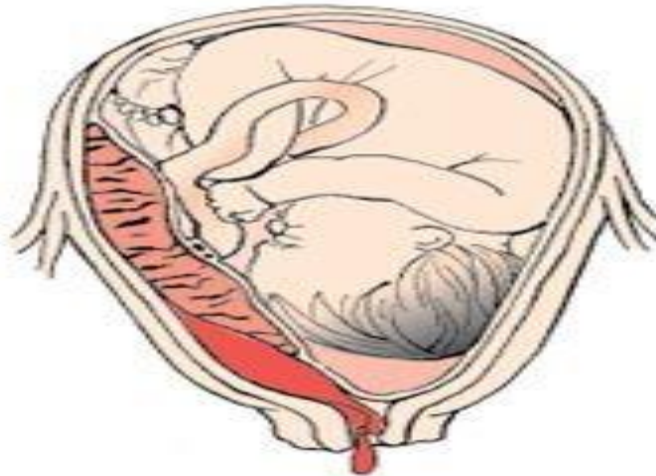
Hemorragia

Dolor

Hipertonía uterina



Partial abruption,
concealed hemorrhage



Partial abruption,
apparent hemorrhage



Complete abruption,
concealed hemorrhage

Dx DIFERENCIAL

	Placenta previa	DPPNI
Fcia	1/200	1/1500
Predisponentes	Multipara Gemelar Fumadora	Multipara HIPERTENSA COAGULOPATÍA
SANGRADO	ROJO, más con contracción	Poco y OSCURO
Dolor	NO DOLOR	DDOOLLOORR
Estado general	Bueno	Horrible
Tono utero	Normal	ALTO
Madre	HIPOVOLEMIA ATONÍA SHEEHAN	CID Fracaso renal / Embolia
Feto	Prematuro	RPBF

ABRUPTIO PLACENTAE/DPPNI

Clasificación de Page

1. Grado 0 o asintomática. Diagnosticada al realizar el examen de la placenta en el momento del alumbramiento.
2. Grado I o leve. Metrorragia escasa y desprendimiento inferior al 30% de la placenta. Discreta hipertonía. No existen manifestaciones generales. Escasa o nula repercusión fetal.
3. Grado II o moderada. Desprendimiento de entre el 30 y el 50% de la placenta. No existen trastornos de la coagulación, y puede haber sufrimiento o muerte fetal.
4. Grado III o grave. Desprendimiento superior al 50% de la placenta. Hemorragia importante e hipertonía manifiesta, shock, trastornos de la coagulación, complicaciones maternas graves y muerte fetal.

De Sher

Grado I (leve): corresponde a los casos donde el diagnóstico se realiza de manera retrospectiva. Presentan hematomas retroplacentarios de aproximadamente 150 ml. Este no supone riesgo alguno para el feto.

Grado II (moderado): la hemorragia anteparto va acompañada de los clásicos signos de DPP y el feto está vivo. El volumen de hematoma oscila entre 150- 500 ml. Presencia de alteraciones en FCF y la mortalidad perinatal es elevada

Grado III (severo): se presentan las mismas circunstancias del grado II, pero, además, se confirma muerte fetal. Puede subdividirse en 2 categorías, dependiendo de la presencia o ausencia de coagulopatía.

Etiopatogenia:

- HTA.
- Incidencia > edad y paridad (edad > 35 años; multiparidad > 3 hijos).
- Mal estado nutricional.
- Traumatismos.
- Cordón umbilical corto (< 20cms).
- Hábitos tóxicos: tabaco, cocaína...

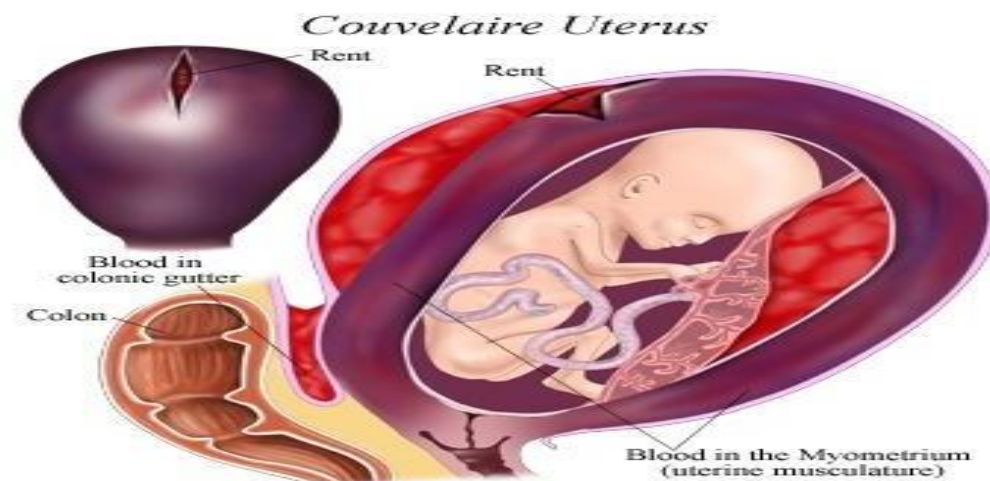
Rotura vasos
maternos decida
basal

Separación decida
por sangre
acumulada

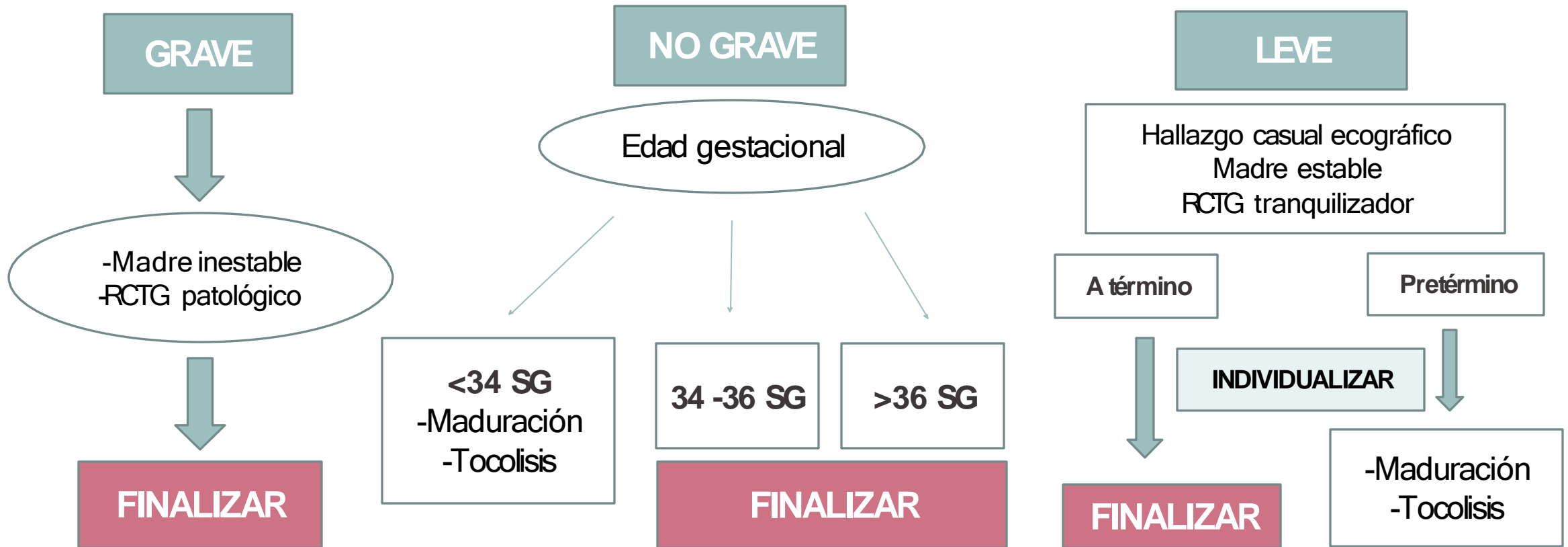
Separación
progresiva casi
completa a
completa.

Compromiso fetal

ÚTERO DE
COUVELAIRE



MANEJO DEL DPPNI





MUCHAS GRACIAS POR SU ATENCIÓN

Valle Alguacil Sánchez
Enfermera especialista en Obstetricia y Ginecología