

# Neoplasias Trofoblásticas Gestacionales (NTG)

Grupo de neoplasias derivadas del trofoblasto placentario que incluyen mola invasora, coriocarcinoma, tumor del sitio placentario (PSTT) y tumor epiteliode trofoblástico (ETT). Se caracterizan por producción anormal y persistente de gonadotropina coriónica humana (hCG) y pueden ser localmente invasoras o metastásicas.

## Clasificación de las NTG

### Mola invasora

También llamada mola corioadenomatosa destructiva. Es una mola hidatiforme (usualmente completa) que invade el miometrio. Puede penetrar hasta el peritoneo o vasos uterinos. Puede metastatizar, principalmente a pulmón y vagina. Retiene estructuras vellosarias, a diferencia del coriocarcinoma. Representa la forma más común de NTG persistente tras evacuación molar.

### Coriocarcinoma

Tumor maligno altamente agresivo. Derivado de tejido trofoblástico sin estructuras vellosarias. Compuesto por sincicio y citotrofoblasto con hemorragia y necrosis. Alta capacidad metastásica: pulmón, vagina, cerebro, hígado. Puede seguir a embarazo molar (50%), embarazo normal (25%), aborto o ectópico (25%). Histológicamente carece de vellosidades coriónicas.

### Tumor del sitio placentario (PSTT)

Raro (<1% de NTG). Derivado del trofoblasto intermedio. Produce bajos niveles de hCG y elevada hPL. Invasión profunda del miometrio. Menor sensibilidad a quimioterapia que el coriocarcinoma. Puede presentarse años después de un embarazo normal.

### Tumor trofoblástico epiteliode (ETT)

Muy raro. Histológicamente similar a un carcinoma epidermoide. Produce hCG en niveles bajos o normales. También resistente a quimioterapia. Manejo principal: quirúrgico.

# Epidemiología y Criterios Diagnósticos

## Epidemiología

Las NTG pueden seguir cualquier tipo de embarazo:

- ~50% tras mola completa
- ~25% tras gestación a término
- ~25% tras aborto espontáneo o ectópico

Incidencia estimada de NTG postmolar: 15-20% (completa) vs <5% (parcial).

## Manifestaciones clínicas

- Sangrado uterino anormal
- Masa uterina persistente o creciente
- Síntomas de metástasis (tos, hemoptisis, cefalea, dolor hepático)
- En NTG metastásica: sangrado vaginal o síntomas neurológicos

## Criterios de diagnóstico de NTG postmolar

Indicaciones para iniciar tratamiento:

- hCG persistente o elevada tras evacuación
- Aumento del título de hCG en 2 o más mediciones semanales consecutivas
- hCG detectable >6 meses después de la evacuación
- Diagnóstico histopatológico de coriocarcinoma
- Metástasis visibles

# Diagnóstico y Clasificación FIGO

## Estudios de laboratorio

hCG elevada persistentemente o en ascenso. En coriocarcinoma puede ser **extremadamente elevada** (>100,000 mUI/mL). En PSTT/ETT puede ser baja o normal.

## Estudios de imagen

- Radiografía de tórax: evaluar metástasis pulmonares
- Ecografía pélvica transvaginal: masa heterogénea intrauterina
- RM pélvica o TC: en casos seleccionados para extensión local
- TC de tórax/abdomen/pelvis o RM cerebral si sospecha de diseminación

01

### Estadio I

Confinado al útero

02

### Estadio II

Se extiende a genitales (vagina, ovario)

03

### Estadio III

Metástasis pulmonar

04

### Estadio IV

Metástasis a otros sitios (hígado, cerebro)

Sistema de puntuación pronóstica FIGO: **Puntaje ≤6: riesgo bajo**. Puntaje ≥7: riesgo alto.

# Tratamiento, Seguimiento y Pronóstico

1

## Mola invasora

Alta sensibilidad a quimioterapia. Riesgo bajo: monoterapia con metotrexato o actinomicina D. Riesgo alto o refractaria: quimioterapia combinada (EMA-CO: etopósido, metotrexato, actinomicina D, ciclofosfamida, vincristina). Seguimiento estricto con hCG hasta negativización.

2

## Coriocarcinoma

Requiere quimioterapia combinada (EMA-CO). En enfermedad localizada con bajo riesgo, puede usarse monoterapia. En enfermedad metastásica extensa, añadir radioterapia o cirugía según el órgano afectado.

3

## PSTT y ETT

Quimioresistentes. Tratamiento principal: histerectomía. Quimioterapia reservada para enfermedad metastásica o persistente.

## Seguimiento

Medición seriada de hCG:

- Semanal hasta 3 títulos negativos
- Luego mensual por al menos 6-12 meses

Evitar embarazo durante seguimiento. Anticoncepción segura y eficaz (evitar DIU).

## Fertilidad y pronóstico

Tasa de curación >90% incluso en enfermedad metastásica. Preservación de fertilidad posible con quimioterapia. Bajo riesgo de recurrencia si hCG se negativiza adecuadamente. Requiere seguimiento prolongado.