

# ENFERMEDAD TROFOBLASTICA BENIGNA

## MANEJO ACTUAL

Oswaldo Ganoza Iturri

Este trabajo se va a referir al manejo actual de la enfermedad trofoblástica en el Hospital Zonal No. 1 de Trujillo.

Lo primero que hacemos en nuestro Servicio, es tratar de hacer diagnóstico temprano del proceso, como muy bien lo ha referido el doctor que me ha antecedido ocupándose del Diagnóstico, a través de la Clínica, Exámenes Auxiliares y Exámenes Radiológicos, usando si es posible sustancia opaca.

### TRATAMIENTO

Se considera: 1. La evacuación de la mola siendo ésta: a) conservadora y b) mutiladora. 2. La quimioterapia que puede ser: a) única y b) múltiple.

La mola diagnosticada debe ser evacuada en forma conservadora si la evaluación así lo indica. Para dicha evacuación seguimos los siguientes pasos: si la mola es pequeña, se hace dilatación y legrado y, si es grande, inducción con dextrosa y ocitocina, esperándose la evacuación espontánea; si hay mucho sangrado, se procede al legrado instrumental.

En algunos centros se practica la evacuación con aspiración y luego legrado, por apreciarse menos sangrado y ser más rápido; nosotros hemos realizado este método, pero después lo abandonamos por falta de instrumental. En otros servicios se practica la histerotomía para los casos en que hay mayor altura uterina.

La evacuación de la mola en forma mutiladora se emplea en casos de pacientes multíparas con más de 35 años (histerectomía abdominal profiláctica).

Luego de este procedimiento es importante el seguimiento de las pacientes hasta por lo menos un año, de la siguiente manera: cada semana por seis semanas,

cada mes hasta los 6 meses y cada 2 meses hasta un año, cuidando que durante este tiempo no geste la paciente, para no confundir los dosajes de HGC. Si durante este tiempo se constata que la cifra de HGC está dentro de cifras normales, se considerará a la paciente de alta. Las tasas altas de HGC indicarían que está evolucionando a la degeneración maligna probables con metástasis a distancia.

A partir de este momento se instalaría el tratamiento quimioterápico a cargo del Oncólogo Clínico del Hospital. Hacemos la salvedad que hay escuelas que usan la quimioterapia profiláctica 3 a 4 días antes de la evacuación del producto molar, completando un ciclo de 5 días.

La droga de la elección es el METHOTREXATE a dosis de 10 mgr. por día durante 5 días en ciclos repetidos, vigilando la toxicidad oral, gástrica y hematológica y teniendo presente las contraindicaciones tales como enfermedad hepática y renal. Este tratamiento se suspende en los siguientes casos:

- a. Cuando la HGC ha vuelto a cifras normales.
- b. Cuando no hay evidencia de enfermedad.
- c. Después de 5 meses de tratamiento y donde la HGC es normal.

Cuando el tratamiento ha fracasado frente al Methotrexate se puede cambiar a actinomicina D, a dosis de 7 a 12 mg. por Kg. de peso por día, también por ciclos de 5 días; en otras oportunidades se puede usar una medicación triple: methotrexate - actinomicina D - 6 mercaptopurina e incluso el 5 - fluorouracilo. Como se repite, este aspecto lo maneja el Oncólogo Clínico.

Si el caso lo requiere y se constata metástasis a distancia, se puede usar la histerectomía más quimioterapia para eliminar el foco.