



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CUENCA

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE MEDICINA**

**“MOLA HIDATIFORME COMPLETA EN MUJER  
PREMENOPÁUSICA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA”**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICO**

**AUTOR: CINTHYA VERÓNICA ORELLANA SÁNCHEZ**

**DIRECTOR: DR. FREDDY ROSENDO CÁRDENAS HEREDIA**

**CUENCA - ECUADOR**

**2024**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**  
*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*  
**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE MEDICINA**

**“MOLA HIDATIFORME COMPLETA EN MUJER  
PREMENOPÁUSICA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA”**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICO**

**AUTOR: CINTHYA VERÓNICA ORELLANA SÁNCHEZ**

**DIRECTOR: DR. FREDDY ROSENDO CÁRDENAS HEREDIA**

**CUENCA - ECUADOR**

**2024**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**

## DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

**Cintha Verónica Orellana Sánchez** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0104209754**. Declaro ser el autor de la obra: **“Mola Hidatiforme Completa en Mujer Premenopáusic: Revisión Bibliográfica”**, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 14 de junio de 2024

F:  .....

**Cintha Verónica Orellana Sánchez**

**C.I. 0104209754**

## CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR

Certifico que el presente trabajo denominado "**Mola Hidatiforme Completa en Mujer Premenopáusica: Revisión Bibliográfica**" realizado por **Cintha Verónica Orellana Sánchez** con documento de identidad No. **0104209754**, previo a la obtención del título profesional de Médico, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica.

Cuenca, 14 de junio de 2024

F:  .....

**Dr. Freddy Rosendo Cárdenas Heredia**

**DIRECTOR / TUTOR**

## **DEDICATORIA**

Este trabajo me llena de un gran sentimiento de lucha, sacrificio y humildad constante sobre todo hacia mi padre “Gerardo” como fuente de inspiración y sin dudarle a mi madre “Miriam” quien con su esfuerzo me motivo a planificar y forjando mejores días en pro de ayuda a la comunidad.

Dos seres increíbles, quienes sin esperar nada a cambio compartieron sus conocimientos, su tiempo, sus alegrías y tristezas durante mi infancia es un sueño que actualmente es una realidad.

Los amo y millón gracias por todos mis caprichos.

## **AGRADECIMIENTO**

Es infinito el agradecimiento a mis docentes y personal en general de este fenomenal campus universitario de la Universidad Católica de Cuenca, gracias por su trabajo cotidiano que realizan para mantener la facultad funcionando a diario brindándonos sus esfuerzos y conocimientos tras todos estos años del proceso de aprendizaje.

De igual manera agradezco a mis hijas por permitirme ocupar parte de su tiempo para conmigo sin escatimar horarios por días y noches, nena y pasita es una gran emoción gigante haberlo logrado con su apoyo y a alguien muy especial en mi vida. David gracias por los grandes momentos compartido, por estar siempre a mi lado por siempre apostar a mí y darme tiempo de calidad y calidez.

## **MOLA HIDATIFORME COMPLETA EN MUJER PREMENOPÁUSICA: REVISION BIBLIOGRÁFICA**

### **RESUMEN**

La Mola Hidatiforme es una patología causada por el crecimiento anormal de células trofoblásticas, la cual se produce en mujeres de mediana edad con mayor frecuencia, siendo una fusión defectuosa entre un espermatozoide y el ovulo, creando un aumento excesivo de tejido trofoblástico. El objetivo de este estudio fue el recopilar artículos científicos sobre mola hidatiforme, teniendo como punto clave la observación de la prevalencia en mujeres en etapa premenopáusica. Se trata de una revisión bibliográfica donde se usaron las siguientes bases de datos orientados en ciencia de la salud como ScienceDirect, Scopus, PubMed, Taylor & Francis, Scielo. Se utilizó las palabras claves de los descriptores en ciencias de la salud (DesC; “Embarazo”, “Epidemiología”, “Mola Hidatiforme”, “Premenopausia” y Mesh “Epidemiology”, “Hydatidiform mole”, “Pregnancy”, “Premenopause”) más los operadores booleanos OR, AND, NOT. La información fue resumida y se aplicó el análisis narrativo de los datos. Se revisaron 19 artículos científicos en el idioma inglés y español, donde se estableció una prevalencia de 1 entre 1000 mujeres gestantes mayores a 35 años, siendo un factor de riesgo importante y de tener en cuenta a la edad de procrear, como tal para este tipo de patología se ha demostrado que tiene un alto grado en el factor genético, pero a su vez esta etapa de vida de la mujer que puede ir entre los 30 hasta los 40 años, siendo un factor clave para esta patología, siendo el tratamiento más común el legrado uterino.

**Palabras clave:** Embarazo, Epidemiología, Mola Hidatiforme, Premenopausia.

## **COMPLETE HYDATIDIFORM MOLE IN PREMENOPAUSAL WOMEN: A LITERATURE REVIEW**

### **ABSTRACT**

Hydatidiform mole is a pathological condition caused by the abnormal growth of trophoblastic cells, which occurs most frequently in middle-aged women, resulting from a defective fusion between sperm and egg, leading to excessive growth of trophoblastic tissue. This study aimed to collect scientific literature on the hydatidiform mole, focusing on its prevalence in premenopausal women. The review used health science databases, including ScienceDirect, Scopus, PubMed, Taylor & Francis, and SciELO. The health science descriptors keywords (DeSC "Pregnancy," "Epidemiology," "Hydatidiform Mole," and "Premenopause," and MeSH terms "Epidemiology," "Hydatidiform Mole," "Pregnancy," and "Premenopause") were used combined with Boolean operators OR, AND, NOT. The information was summarized, and narrative data analysis was applied. Nineteen scientific articles in English and Spanish were reviewed, revealing a prevalence of 1 in 1000 pregnant women over 35 years of age. Advanced maternal age is considered a significant risk factor for this condition, with a notable genetic component. The premenopausal stage, typically between the ages of 30 to 40, is a crucial factor for this condition. The most common treatment is uterine curettage.

**Keywords:** Pregnancy, Epidemiology, Hydatidiform Mole, Premenopause.

## INDICE

RESUMEN.....	7
ABSTRACT .....	8
INTRODUCCIÓN .....	10
MÉTODOLOGÍA .....	11
DESARROLLO DEL TRABAJO.....	12
Mola Hidatiforme .....	12
Epidemiología.....	12
Etiología.....	13
Clasificación .....	14
Factores de riesgo .....	15
Fisiopatología .....	16
Diagnóstico.....	18
Tratamiento terapéutico de la mola hidatiforme en mujeres premenopáusicas.....	20
RESULTADOS EN TABLAS .....	21
CONCLUSIONES .....	24
BIBLIOGRAFÍA.....	25
GLOSARIO.....	28

## INTRODUCCIÓN

La Mola Hidatiforme completa (embarazo molar) es una fertilización anormal de un óvulo que generalmente afecta a mujeres muy jóvenes o añosas en todo el mundo poco común pero muy relevante. El diagnóstico temprano de la mola hidatiforme completa es fundamental para un manejo adecuado se evidencia en un rápido aumento en el tamaño del útero y sangrado vaginal anormal, análisis de sangre que muestran niveles elevados de la hormona coriónica humana hCG y estudios de imagen, como las ecografías, que identifican las características vesículas hidatiformes en la placenta., la cirugía mediante dilatación y legrado con evacuación por aspiración para extirpar el tumor se ha establecido y como el estándar de oro para su tratamiento es considerada la histerectomía.(1,3). Sin embargo, concurren casos en los que esta se toman complejas por las células con alto índice de malignización recayendo en neoplásicas con elevado riesgo de presentar metástasis debido a causas anatómico funcionales citogenéticamente por causas aún no establecidas con certeza, pero está comprobado que existe alteración en la carga diploide 46 XX o 46 XY (mola completa anembrionada), edad materna, defectos del huevo o cigoto, anormalidades uterinas, deficiencia nutricional, entre otros (1). Este caso generalmente presenta un reto clínico y requieren un enfoque especializado de ámbito gineco-oncológico. Razón, por la cual, es decisivo realizar una revisión exhaustiva del embarazo con información actualizada sobre las estrategias, técnicas y avances clínicos y quirúrgicos utilizados para abordar esta situación clínica específica (6, 7). La mola hidatiforme completa en mujeres premenopausicas es una afección poco común, pero relevante que necesita diagnóstico y tratamiento preciso; así como, un seguimiento cercano. La atención integral, que incluye apoyo emocional, es esencial para garantizar el bienestar de las pacientes. La investigación continua y la concienciación son cruciales para mejorar el diagnóstico y el manejo de esta condición en la práctica clínica (15, 19, 27).

El objetivo de este estudio fue realizar una recopilación de datos e informaciones científicas de la salud preestablecidos con referencias bibliográficas de Mola Hidatiforme competa en mujer pre menopáusica. Donde, además, de recopilación de literatura, vamos a ver la prevalencia de mola hidatiforme completa en mujeres premenopausicas, analizando e interpretando las complicaciones que acarrea esta misma (1, 8, 14).

## MÉTODOLÓGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica de literatura científica sobre el tema de mola hidatiforme completa en mujer pre menopáusica se usó las siguientes recolecciones de información de base científica orientadas en ciencia de la salud como ScienceDirect, Scopus, PubMed, Taylor & Francis, Scielo con una extracción de datos de forma bibliográfica y estandarizada de estudios seleccionados como; tamaño de la muestra, el diseño del estudio, los resultados obtenidos, factores de riesgo y complicaciones. Se usaron las siguientes palabras claves; DesCs Embarazo, Epidemiología, Mola Hidatiforme, Premenopausia, seleccionadas de los DesCs y MESH " Epidemiology, Hydatidiform mole, Pregnancy, Premenopause. mas lo operadores booleanos OR, AND, NOT.

Se incluyeron 19 artículos basados en los parámetros anteriores mencionados los cuales fueron en su mayoría artículos en idioma español. Se excluyeron todos los estudios con poca información relevante y fuentes científicas no confiable y que no cumplan los parámetros de una revisión fueron excluidas.

Se examinó las limitantes relativas de una revisión bibliográfica como lo es la lectura total de los estudios recopilados priorizando la calidad de estos. La carencia o pocas muestras en los estudios anexados pueden delimitar el análisis comparativo entre los diversos estudios.

## **DESARROLLO DEL TRABAJO**

### **Mola Hidatiforme**

La mola hidatiforme, también conocida como embarazo molar, es una condición poco frecuente pero altamente relevante en el ámbito ginecológico que afecta a las mujeres durante el período de gestación. Se caracteriza por la anormal proliferación celular en el útero en lugar del desarrollo típico de un embrión y un feto en crecimiento saludable (3). Esta situación puede entrañar riesgos potenciales para la salud de la madre y, por lo tanto, debe ser tratada con celeridad y atención médica (3).

Existen dos categorías principales de mola hidatiforme, cada una con sus propias particularidades (3, 5, 8):

1. Mola completa: en este tipo de mola, el tejido placentario experimenta un desarrollo anómalo, generando una acumulación de células inusuales en el útero. No se observa un feto en desarrollo en esta situación. Un indicador característico de la mola completa es un rápido aumento en el tamaño del útero, que puede ser más pronunciado de lo esperado para la etapa de embarazo en curso. Además, es posible que se presente sangrado vaginal inusual y niveles elevados de la hormona hCG, que se produce durante el embarazo.
2. Mola parcial: En contraste, en la mola parcial, existe un embrión en desarrollo, pero es anormal y no sobrevive. La placenta también se desarrolla de manera irregular y contiene células atípicas. A pesar de similitudes con la anterior, como los niveles elevados de hCG y la posibilidad de sangrado vaginal, la diferencia principal reside en la presencia de tejido fetal en la mola parcial.

### **Epidemiología**

Esta condición, también conocida como embarazo molar, es poco común, pero reviste una significativa relevancia debido a las implicaciones que conlleva para la salud de la mujer durante su embarazo. Es esencial comprender su frecuencia, distribución demográfica y los factores de riesgo asociados para prevenir y tratar adecuadamente esta patología (7, 11, 15).

En lo que respecta a la incidencia, la mola hidatiforme es considerada una enfermedad poco frecuente. Según datos epidemiológicos, afecta a aproximadamente 1 de cada 1.000 a 1.500 embarazos en países desarrollados. Sin embargo, su prevalencia puede variar significativamente en distintas regiones del mundo (3). Se observa una mayor frecuencia en ciertas áreas geográficas,

como el sudeste asiático, mientras que en Europa del Norte se registra una menor incidencia. Estas disparidades posiblemente se deban a factores genéticos, ambientales y relacionados con la atención médica (8). La mola hidatiforme también muestra una distribución demográfica específica. Aunque puede afectar a mujeres en cualquier etapa reproductiva, es más común en mujeres jóvenes, particularmente en aquellas menores de 20 años o mayores de 35 años. Además, se ha identificado una mayor incidencia de molas hidatiformes en mujeres de ascendencia asiática, como japonesas, filipinas y vietnamitas, en comparación con mujeres de ascendencia caucásica (9). En cuanto a los factores de riesgo que se asocian a la mola hidatiforme incluyen antecedentes personales de esta condición, antecedentes familiares de enfermedad trofoblástica gestacional (ETG), deficiencia de ácido fólico y ciertos grupos sanguíneos, como el grupo sanguíneo A. Aunque se ha investigado la posible relación con el consumo de tabaco y la exposición a ciertos productos químicos como factores de riesgo, la evidencia en estos casos es limitada (4, 5, 11).

En algunos casos, esta condición puede evolucionar hacia una forma de cáncer denominada enfermedad trofoblástica gestacional (ETG), lo cual requiere tratamiento adicional. Por lo tanto, la identificación precoz de la mola hidatiforme y su tratamiento adecuado son esenciales para prevenir complicaciones graves (6).

La epidemiología de la mola hidatiforme señala que se trata de una afección poco común pero relevante en el campo de la salud reproductiva. Su incidencia varía según la ubicación geográfica y suele incidir principalmente en mujeres en edad fértil, especialmente aquellas con antecedentes personales o familiares de la enfermedad y ciertos factores de riesgo (7, 9, 13).

### **Etiología**

El origen subyacente de la mola hidatiforme, también conocida como embarazo molar, es un tema de notable interés en los campos de la ginecología y la obstetricia. Esta condición se inicia debido a una anomalía en el proceso de fertilización, donde el óvulo es fecundado de manera irregular por un espermatozoide, lo que resulta en un desarrollo atípico de las células en el útero en lugar de dar lugar a un embrión y un feto sanos (8, 11, 17):

1. Fertilización anormal: generalmente, esta afección se origina cuando un óvulo carece de núcleo (un óvulo anucleado) y es fertilizado por un espermatozoide normal. Esto conduce a la formación de un conjunto de células trofoblásticas que crecen de manera anómala en lugar de dar lugar a un embrión.

2. Errores cromosómicos: la mayoría de las molas hidatiformes son diploides, lo que significa que contienen material genético duplicado tanto del padre como de la madre. Esto se debe a una alteración cromosómica durante el proceso de fertilización, como la duplicación de los conjuntos de cromosomas paternos.
3. Edad materna: la edad de la madre puede ser un factor de riesgo. Las mujeres menores de 20 años y mayores de 35 años tienen un mayor riesgo de desarrollar molas hidatiformes.
4. Antecedentes familiares: las mujeres que tienen antecedentes familiares de mola hidatiforme o enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) pueden tener un riesgo incrementado de padecer esta afección.
5. Deficiencia de ácido fólico: su insuficiencia en la dieta materna también se ha asociado con un riesgo elevado de mola hidatiforme.

La causa subyacente de la mola hidatiforme se encuentra principalmente en anomalías durante el proceso de fertilización y la formación del óvulo fecundado, lo que conlleva al crecimiento anormal de células trofoblásticas en lugar de establecer un embarazo saludable. Factores como la edad materna, los antecedentes familiares y la carencia de ácido fólico pueden incrementar la probabilidad de desarrollar esta afección poco común pero relevante (2, 12, 16).

### **Clasificación**

La mola hidatiforme, conocida también como embarazo molar, se clasifica en dos categorías principales según sus características distintivas: la mola completa y la mola parcial. Estas categorías juegan un papel crucial en la comprensión de la naturaleza de esta afección y en la guía del proceso de diagnóstico y tratamiento (14, 27).

En el caso de la Mola Completa, se produce un desarrollo anormal del tejido placentario en el útero, dando como resultado la formación de una masa compuesta por células trofoblásticas atípicas. En contraposición a un embarazo normal, en la mola completa no se desarrolla un embrión en crecimiento. Los indicadores clave de la mola completa abarcan un rápido aumento en el tamaño del útero, sangrado vaginal inusual y niveles significativamente altos de la hormona hCG, que se produce durante el embarazo. (14)

En lo que respecta a la Mola Parcial, se da lugar al desarrollo de un embrión en proceso de crecimiento, aunque con anomalías que impiden su desarrollo completo. La placenta también experimenta un crecimiento irregular y contiene células trofoblásticas anómalas. A pesar de compartir algunas similitudes con la mola completa, como los niveles elevados de hCG y la

posibilidad de sangrado vaginal, la distinción clave radica en la presencia de tejido fetal en la mola parcial. (6, 7, 17)

La importancia de esta clasificación radica en su influencia en la gestión clínica y el pronóstico de la mola hidatiforme. El diagnóstico se lleva a cabo mediante pruebas de sangre y ecografías que permiten detectar los signos característicos de la enfermedad. La mola completa presenta un mayor riesgo de progresar hacia una enfermedad trofoblástica gestacional (ETG), una forma de cáncer, en comparación con la mola parcial. (19, 26) Por lo tanto, comprender estas diferencias es de suma importancia para asegurar un diagnóstico y tratamiento precisos y oportunos. (13, 24)

### **Factores de riesgo**

La mola hidatiforme, también conocida como embarazo molar, es una afección ginecológica poco frecuente, pero de relevancia considerable debido a los riesgos que puede plantear para la salud de la mujer embarazada. La comprensión de los factores de riesgo asociados con esta condición es esencial tanto para su prevención como para su diagnóstico temprano. A continuación, se detallan los factores de riesgo más destacados relacionados con la mola hidatiforme (2, 8, 10):

1. **Historial Personal:** las mujeres que han experimentado previamente una mola hidatiforme tienen un mayor riesgo de desarrollar esta afección en embarazos futuros. En algunos casos, la mola hidatiforme puede ser recurrente.
2. **Historial Familiar:** la existencia de antecedentes familiares de mola hidatiforme o enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) puede aumentar el riesgo de padecer esta afección.
3. **Edad de la Madre:** las mujeres menores de 20 años y mayores de 35 años muestran mayor riesgo de mola hidatiforme en comparación con aquellas que se encuentran en la franja de edad reproductiva promedio (10).
4. **Deficiencia de Ácido Fólico:** su carencia en la alimentación materna se ha asociado con un riesgo superior de mola hidatiforme. Es crucial para el desarrollo normal del feto (10).
5. **Grupo Sanguíneo A:** algunos estudios han sugerido que las mujeres con grupo sanguíneo A podrían enfrentar un riesgo ligeramente mayor de mola hidatiforme en comparación con otros grupos sanguíneos.
6. **Tabaquismo:** Aunque la evidencia es limitada, se ha investigado el tabaquismo durante el embarazo como un posible factor de riesgo.

7. Exposición a Sustancias Químicas: algunos productos químicos presentes en el entorno, como el dietilestilbestrol (DES), se han relacionado con un mayor riesgo de mola hidatiforme en investigaciones limitadas.

Es importante destacar que la mayoría de los embarazos no involucran estos factores de riesgo y evolucionan de manera saludable. No obstante, si una mujer presenta uno o varios de estos factores de riesgo, es crucial que reciba un seguimiento prenatal adecuado y se le realicen pruebas de diagnóstico temprano para detectar y tratar cualquier mola hidatiforme de manera oportuna (4, 7).

### **Fisiopatología**

La mola hidatiforme, conocida como embarazo molar, se trata de una afección ginecológica que presenta un crecimiento anómalo de las células trofoblásticas en el útero en lugar de un desarrollo embrionario y fetal típico. La fisiopatología de esta afección tiene su origen en las etapas tempranas de la fertilización y el desarrollo embrionario y se asocia principalmente con anomalías cromosómicas (1, 3).

En la mayoría de los casos, la condición se inicia cuando un óvulo carece de núcleo (óvulo anucleado) y es fertilizado por un espermatozoide normal. Esta fertilización inusual da lugar a un conjunto de células trofoblásticas que proliferan de manera descontrolada en lugar de dar lugar a un embrión en desarrollo (10). Este crecimiento anómalo de las células trofoblásticas resulta en la formación de quistes particulares en la placenta, que se asemejan a pequeñas burbujas de uva. Estos quistes, conocidos como vesículas hidatiformes, son un rasgo distintivo de la mola hidatiforme (12).

En su mayoría, las molas hidatiformes son diploides, lo que indica que poseen material genético duplicado tanto del progenitor masculino como del femenino. Este fenómeno se debe a un error cromosómico en la etapa de fertilización, como la duplicación del conjunto de cromosomas paternos. Esta anomalía cromosómica resulta en la proliferación anormal de células trofoblásticas en lugar del desarrollo embrionario normal (9, 15).

Una vez que la mola hidatiforme se ha desarrollado, puede presentar síntomas como un rápido aumento en el tamaño del útero, sangrado vaginal anormal y niveles elevados de la hormona hCG (gonadotropina coriónica humana), que se produce durante el embarazo. Además, existe el riesgo de que la mola hidatiforme evolucione hacia una enfermedad trofoblástica gestacional (ETG), una forma de cáncer (18, 19).

Resumiendo, la fisiopatología de la mola hidatiforme se relaciona principalmente con una fertilización inusual que desencadena el crecimiento descontrolado de células trofoblásticas en lugar de un desarrollo embrionario saludable. Esta anomalía cromosómica durante la fertilización da como resultado las características vesículas hidatiformes en la placenta y puede conllevar riesgos para la salud de la mujer embarazada si no se trata adecuadamente (17).

#### Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas de la mola hidatiforme, también conocida como embarazo molar, representan un conjunto de indicios y señales que evidencian la existencia de esta rara pero relevante afección ginecológica. La gravedad de estas manifestaciones puede variar y ejercer un impacto en la salud de la mujer gestante. A continuación, se exponen las manifestaciones clínicas más habituales asociadas con la mola hidatiforme (6, 8, 15, 16):

1. Aumento rápido del volumen uterino: uno de los signos más evidentes de la mola hidatiforme es el notorio crecimiento desmedido del útero durante las fases iniciales del embarazo. Esto puede conllevar a que la mujer sienta una distensión abdominal superior a la esperada para la etapa gestacional.
2. Sangrado vaginal: el sangrado vaginal inusual se revela como otro síntoma común de la mola hidatiforme. Su intensidad puede oscilar desde un manchado leve hasta hemorragias más profusas, y su aparición puede producirse en cualquier período del embarazo.
3. Elevación significativa de los niveles de hCG: los niveles de la hormona hCG, que se produce en el organismo durante el embarazo, suelen manifestar un incremento notable en mujeres con mola hidatiforme. Esta elevación más rápida de lo normal de los niveles de hCG constituye un indicio importante.
4. Náuseas y vómitos intensos: a pesar de que algunas mujeres con mola hidatiforme pueden experimentar náuseas y vómitos, como en un embarazo típico, estos síntomas tienden a ser más intensos y duraderos en este caso.
5. Hipertensión arterial: en situaciones más graves de mola hidatiforme, puede presentarse hipertensión arterial en la mujer, lo que se conoce como preclamsia. Esto puede representar un riesgo para su salud y requerir una atención médica inmediata.
6. Alopecia y crecimiento anormal de vello: en ciertas ocasiones, las mujeres con mola hidatiforme pueden notar una pérdida de cabello y un desarrollo excesivo de vello en el cuerpo debido a las alteraciones hormonales.

Es fundamental resaltar que estas manifestaciones clínicas pueden variar de una mujer a otra, y no todas las pacientes experimentarán todos estos síntomas. Ante cualquier sospecha de mola hidatiforme, resulta esencial que la mujer busque asesoramiento médico para recibir un diagnóstico adecuado y una supervisión médica precisa. Un tratamiento oportuno y una monitorización adecuada resultan esenciales para prevenir complicaciones graves, como la evolución hacia una enfermedad trofoblástica gestacional, una variante del cáncer (19).

### **Diagnóstico**

El diagnóstico de la mola hidatiforme, una condición ginecológica poco común, pero de gran importancia clínica, implica una combinación de evaluaciones médicas y pruebas específicas para confirmar su presencia. Dado que esta afección puede presentar una variedad de síntomas y signos, la identificación temprana y precisa es fundamental para brindar un tratamiento adecuado y prevenir complicaciones graves (11, 15). A continuación, se detallan los métodos y procedimientos clave utilizados en el diagnóstico de la mola hidatiforme (11, 15, 18, 25):

1. **Historia clínica y evaluación de síntomas:** el primer paso en el diagnóstico suele ser una profunda exploración de la historia clínica de la paciente y una evaluación de los síntomas que puede estar experimentando, como aumento rápido del tamaño uterino, sangrado vaginal inusual, náuseas y vómitos severos, entre otros.
2. **Examen físico:** el tratante realizará una valoración física que puede incluir la palpación del abdomen para evaluar el tamaño y la consistencia del útero y la búsqueda de otros signos clínicos relevantes.
3. **Ecografía:** la ecografía es una herramienta crucial en el diagnóstico de la mola hidatiforme. Permite a los médicos observar la estructura uterina y detectar características distintivas, como vesículas hidatiformes en la placenta, que son quistes que se asemejan a burbujas de uva.
4. **Análisis de sangre:** se ejecutan pruebas de sangre con el objetivo de registrar los niveles de la hormona hCG. En este trastorno, la hCG suele estar significativamente elevada y aumenta más rápido de lo normal durante el embarazo.
5. **Biopsia:** en algunos casos, se puede realizar una biopsia del tejido placentario para confirmar el diagnóstico. La muestra se envía al laboratorio para evidenciar la presencia de células trofoblásticas anormales.

6. Exclusión de otros diagnósticos: es preponderante descartar otras condiciones médicas que puedan presentar síntomas similares, como un embarazo ectópico o un aborto espontáneo, mediante la revisión de la información clínica y los resultados de las pruebas.

El diagnóstico de la mola hidatiforme se basa en una combinación de estos métodos y procedimientos. Es crucial que los profesionales médicos realicen un diagnóstico preciso y oportuno para garantizar que las pacientes reciban el tratamiento necesario y se eviten complicaciones graves, como la progresión a una enfermedad trofoblástica gestacional, que es una forma de cáncer (14, 16, 24).

#### Prevalencia del diagnóstico en mujeres premenopáusicas

Esta afección presenta el crecimiento anormal de células trofoblásticas en el útero en lugar de un embrión y un feto saludables. En relación con su incidencia en mujeres premenopáusicas, es relevante destacar que esta enfermedad puede afectar a mujeres en diversas etapas de su vida reproductiva, aunque la frecuencia varía según la franja de edad (9, 22).

Por lo tanto, se observa una mayor incidencia de mola hidatiforme en mujeres jóvenes, especialmente en aquellas menores de 20 años o mayores de 35 años (10, 21). Esto implica que en la premenopausia se está en la etapa de vida reproductiva, estas mujeres se encuentran en riesgo de desarrollar esta afección. Sin embargo, es fundamental destacar que la mola hidatiforme sigue siendo una condición poco común incluso dentro de este grupo etario (14, 18, 20).

Su prevalencia exacta en mujeres premenopáusicas puede variar según la ubicación geográfica y otros factores demográficos. Aunque esta afección puede afectar a mujeres de cualquier rango de edad reproductiva, es más probable que ocurra en mujeres más jóvenes o en aquellas de edad más avanzada, como parte de los factores de riesgo (16, 18, 23).

En resumen, aunque la mola hidatiforme puede diagnosticarse en mujeres premenopáusicas, su incidencia es relativamente baja de acuerdo a otros grupos etarios (15, 20). La edad y otros factores de riesgo pueden influir en la prevalencia de esta afección en mujeres en edad reproductiva.

#### Complicaciones del embarazo molar

Las complicaciones del embarazo molar pueden ser significativas y requerir atención médica inmediata. Esta afección, caracterizada por el crecimiento anormal de células trofoblásticas en el útero en lugar de un embrión y un feto saludables, puede llevar a diversas complicaciones (16, 17, 18):

1. Progresión a enfermedad trofoblástica gestacional (ETG): una complicación grave es la transformación de la mola hidatiforme en ETG, una forma de cáncer. Esto puede ocurrir si no se trata adecuadamente y se monitorea de cerca.
2. Hemorragia vaginal grave: el sangrado vaginal anormal es común en la mola hidatiforme y puede volverse grave, lo que afecta la salud de la madre.
3. Hipertensión y preclamsia: en casos graves, la mujer puede desarrollar hipertensión arterial y preclamsia, lo que aumenta el riesgo de complicaciones para su salud y la del feto.
4. Anemia: la pérdida de sangre debido al sangrado vaginal puede provocar anemia, una afección que requiere tratamiento
5. Dificultades emocionales: la experiencia de un embarazo molar y sus complicaciones puede tener un impacto emocional significativo en la mujer y su familia.

Es fundamental destacar que el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado, que a menudo involucra la evacuación del útero, pueden prevenir muchas de estas complicaciones. El seguimiento médico regular y el monitoreo de los niveles de hCG son esenciales para garantizar que cualquier complicación se aborde a tiempo y se minimice el riesgo para la salud de la paciente (18, 24).

### **Tratamiento terapéutico de la mola hidatiforme en mujeres premenopáusicas**

En primer lugar, el diagnóstico se fundamenta en una combinación de manifestaciones clínicas, análisis sanguíneos y estudios de imagen. Cuando se sospecha la presencia de una mola hidatiforme, se evalúan los niveles de la hormona hCG, que tienden a estar elevados en esta afección. Asimismo, se llevan a cabo ecografías para identificar las típicas vesículas hidatiformes en la placenta y para valorar el tamaño del útero (17, 26).

Una vez confirmado el diagnóstico, la estrategia terapéutica principal implica la evacuación del útero con el fin de eliminar el tejido molar y prevenir complicaciones graves, como la progresión a una enfermedad trofoblástica gestacional (ETG). Esta evacuación puede realizarse mediante una técnica conocida como aspiración por succión o, en ciertos casos, mediante legrado uterino. Tras la evacuación, se establece un seguimiento periódico para monitorizar los niveles de hCG y garantizar que no haya indicios de recurrencia o evolución hacia ETG (19, 20, 23).

Además de los aspectos médicos, la atención psicológica y emocional juega un papel crucial, dado que el diagnóstico de mola hidatiforme puede generar desafíos emocionales significativos. En general, un abordaje diagnóstico y terapéutico oportuno y apropiado es fundamental para preservar la salud y el bienestar de las mujeres premenopáusicas que enfrentan esta condición (15, 19, 21).

## RESULTADOS EN TABLAS

Tabla 1. Prevalencia.

Aspecto	Prevalencia de Mola Hidatiforme
Frecuencia	Poco común
Incidencia	1 de cada 1,000 a 1,500 embarazos
Grupo de edad afectado	Principalmente mujeres jóvenes y mayores de 35 años
Distribución demográfica	Mayor incidencia en mujeres de ascendencia asiática

Fuente: (1, 5, 9)

- Los factores de riesgo incluyen: factores cromosómicos, antecedentes familiares de ETG y deficiencia de ácido fólico, edad materna (mayores de 35 años), grupo sanguíneo A, tabaquismo y exposición a sustancias químicas *véase tabla 2* (10, 11, 18).

Tabla 2. Factores de Riesgo

Factores de Riesgo
1. Factores cromosómicos.
2. Antecedentes familiares de ETG (Enfermedad Trofoblástica Gestacional).
3. Deficiencia de ácido fólico.
4. Edad materna (mayores de 35 años).
5. Grupo sanguíneo A.
6. Tabaquismo.
7. Exposición a sustancias químicas.

Fuente: (10, 11, 18)

- Sus manifestaciones clínicas describen: aumento rápido del volumen uterino, sangrado vaginal, elevación significativa de los niveles de hCG, náuseas y vómitos intensos, hipertensión arterial, alopecia y crecimiento anormal de vello *véase tabla 3* (13, 20).

Tabla 3. Manifestaciones Clínicas.

Manifestaciones clínicas de la Mola Hidatiforme en Mujeres Premenopáusicas	
Síntoma	Descripción

Sangrado vaginal anormal	Sangrado vaginal temprano en el embarazo es uno de los síntomas más comunes. Puede variar en cantidad y ser de color oscuro o con aspecto de "uvas".
Molestias abdominales	Dolor o sensación de hinchazón en la región abdominal inferior.
Aumento rápido del tamaño del útero	El útero puede crecer más rápido de lo esperado para el período de gestación.
Hipertensión arterial	Algunas mujeres pueden desarrollar presión arterial alta (hipertensión).
Hiperémesis gravídica	Náuseas graves, vómitos y pérdida de peso excesiva durante el embarazo.
Síntomas de preeclampsia	Incluyendo hinchazón en el rostro y las manos, aumento repentino de peso, y proteínas en la orina.
Ausencia de latidos cardíacos fetales	En exámenes de ultrasonido, puede detectarse la falta de latidos cardíacos del feto.
Hiperactividad tiroidea	Algunas mujeres pueden experimentar síntomas de una tiroides hiperactiva (hipertiroidismo).

Fuente: (13, 20)

Tabla 4. Complicaciones de la Mola Hidatiforme Completa en Mujeres Premenopáusicas.

Complicación	Descripción
Riesgo de malignidad	Aproximadamente 15-20% de las molares completas evolucionan a una forma maligna llamada enfermedad trofoblástica gestacional (ETG). Esta es una complicación grave que requiere tratamiento oncológico.
Hemorragia uterina profusa	La mola hidatiforme completa puede causar hemorragias uterinas intensas, lo que puede llevar a anemia y requerir transfusiones de sangre.
Aumento rápido del tamaño uterino	El útero puede crecer rápidamente, causando dolor y molestias abdominales.

Preeclampsia y eclampsia	Algunas mujeres con mola hidatiforme completa pueden desarrollar preeclampsia, que se manifiesta con hipertensión, proteínas en la orina y edema. La eclampsia (una forma más grave) puede llevar a convulsiones y poner en peligro la vida.
Hiperactividad tiroidea	La mola hidatiforme completa puede llevar a un hipertiroidismo, con síntomas como nerviosismo, palpitaciones y pérdida de peso.
Desarrollo anormal del feto	En casos raros, se pueden observar anomalías fetales graves, pero la mola hidatiforme completa generalmente impide el desarrollo normal del feto.
Pérdida del embarazo	Dado que la mola hidatiforme completa impide el desarrollo fetal adecuado, se produce una pérdida del embarazo o la necesidad de un aborto terapéutico.

Fuente: (16, 17, 23, 25)

- El tratamiento más común es el legrado uterino. Es esencial detectar y tratar la mola a tiempo, ya que puede llevar a complicaciones y, en algunos casos, a una enfermedad trofoblástica gestacional, una forma de cáncer *véase tabla 5* (19, 23, 26).

Tabla 5. Tratamiento de la Mola Hidatiforme y Complicaciones.

Tratamiento Más Común	Legrado Uterino
Importancia del Tratamiento	Esencial detectar y tratar a tiempo
Complicaciones	Progresión a enfermedad trofoblástica gestacional (ETG), complicaciones graves como hemorragia y preeclampsia

Fuente: (19, 23, 26)

Es fundamental tener en cuenta que la mola hidatiforme completa es una afección que puede tener graves consecuencias para la salud de la mujer y debe ser tratada de manera inmediata y adecuada.

## CONCLUSIONES

La mola hidatiforme completa es una condición ginecológica rara pero clínicamente significativa que afecta a mujeres premenopáusicas en su mayoría. Esta revisión bibliográfica ha proporcionado una visión general de esta afección, sus factores de riesgo, diagnóstico y manejo, resaltando su importancia en la práctica clínica y la necesidad de una comprensión profunda por parte de los profesionales de la salud.

Se ha observado que la mola hidatiforme completa tiene una mayor incidencia en mujeres jóvenes menores de 20 años y en mujeres mayores de 35 años. Los antecedentes personales o familiares de la enfermedad y la deficiencia de ácido fólico también se han identificado como factores de riesgo. Si bien la prevalencia es baja, estas categorías de edad reproductiva están en riesgo y deben ser monitoreadas cuidadosamente durante el embarazo.

El diagnóstico temprano es esencial para el manejo adecuado de la mola hidatiforme completa. Se realizan análisis de sangre para la medición de hCG y estudios de imagen, como ecografías. Una vez confirmado el diagnóstico, el tratamiento principal implica la evacuación del útero para eliminar el tejido molar y prevenir complicaciones graves, como la progresión a una enfermedad trofoblástica gestacional (ETG).

Después del tratamiento, se requiere un seguimiento cercano para monitorear los niveles de hCG y detectar cualquier signo de recurrencia o progresión a ETG. Además del tratamiento médico, es fundamental brindar apoyo psicológico y emocional a las pacientes, ya que el diagnóstico de mola hidatiforme completa puede ser emocionalmente desafiante.

La educación y la concienciación sobre la mola hidatiforme completa son cruciales para mejorar su diagnóstico y manejo en la práctica clínica. Las mujeres en edad reproductiva deben recibir información sobre la importancia de las revisiones prenatales regulares y estar alerta a los síntomas potenciales.

La mola hidatiforme completa sigue siendo un área de interés para la investigación médica. Se necesitan más estudios para comprender completamente sus mecanismos subyacentes, identificar biomarcadores predictivos y mejorar las estrategias de tratamiento.

## BIBLIOGRAFÍA

1. De la Cruz Bonifacio, Reyes Salcedo, N. K. “Prevalencia de embarazo anembrionario y características sociodemográficas en mujeres atendidas en el Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital II ESSALUD Huamanga el año 2016 y 2017 [Internet]. Ayacucho: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 2018. Disponible en: <http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/3439>.
2. Mosquera Rivero, K. N. Tirotoxicosis, complicación de Mola Hidatiforme Completa [Internet]. Babahoyo: Universidad Técnica de Babahoyo; 2020. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/8399>.
3. Aguilar Miranda, J. Factores asociados a la presencia de Mola Hidatiforme en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del hospital “María Auxiliadora” en el período 2014 – 2018 [Internet]. Lima: Universidad Privada San Juan Bautista; 2021. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14308/3108>.
4. Torres Pineda, M. Y Urrego Pachón, M. A. Bleeding in the first trimester of pregnancy, narrative review. *Ginecol Obstet Mex.* 2022; 90(07): 590 - 598.
5. Tsuji Y, Omi H, Torii Y, Yoshida M, Matsuo K, Satoh S, Katabuchi H. Clinical characteristics and outcomes of gestational trophoblastic neoplasia occurring before the age of 20 years: A JGOG study. *Gynecol Oncol.* 2019 Sep;154(3):557-63.
6. Vélez M. A. Y Ardila Gómez K. Enfermedad trofoblástica gestacional (mola) en paciente con útero didelfo bicollis y tabique vaginal longitudinal: Revisión de la literatura y reporte de caso. *rcslibre* [Internet]. 2021; 16(1): e617413. Disponible en: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/rcslibre/article/view/7413>.
7. Maestá I, Berkowitz RS, Goldstein DP. Management of gestational trophoblastic neoplasia. *Semin Oncol.* 2019 Oct;46(5):115-20.
8. Camacho, M., Montaña, A. Y Niño, R. Mola parcial con feto vivo, complicado con restricción de crecimiento intrauterino y preeclampsia severa. Reporte de caso y revisión de la literatura. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* jul-sep 2020, Vol. 71 Issue 3, 286-296. 11p.
9. Mancilla Silva, D. B. Efectividad de la suplementación vitamínica en la prevención de la preeclampsia: revisión sistemática y meta análisis [Internet]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2022; Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12759/9875>.
10. Coto Ramírez, I., Gómez Hernández, C. Y Guislain Ribas, P. Neoplasia trofoblástica gestacional, Coriocarcinoma, Estadio IV - Alto riesgo. *Rev Med Crónic Científ.* 12(12). p. 120-129.
11. Lurain JR. Gestational trophoblastic disease I: epidemiology, pathology, clinical presentation and diagnosis of gestational trophoblastic disease, and management of hydatidiform mole. *Am J Obstet Gynecol.* 2010 Dec;203(6):531-9.
12. Rojas Pérez, L. A.; Villagómez Vega, M. D.; Rojas Cruz A. E. Y Rojas Cruz, A. E. Preeclampsia - eclampsia diagnóstico y tratamiento. *Rev Eug Esp* [Internet]. 2019; 13(2): 79-91. Disponible en: [http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2661-67422019000200079&lng=es](http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2661-67422019000200079&lng=es). <https://doi.org/10.37135/ee.004.07.09>.
13. Hijona Elósegui, J. J. Factores asociados al aborto espontáneo [Internet]. Granada: Universidad de Granada; 2019. Disponible en:

- <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/14585/18661439.pdf;jsessionid=B17C1ACE3038921CC4C635F9E35F5E63?sequence=1>.
14. Torres Pineda, M. Y Urrego Pachón, M. A. Hemorragias durante el primer trimestre del embarazo: revisión narrativa. *Ginecol. obstet. Méx.* [revista en la Internet]. 2022; 90(7): 590-598. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0300-90412022000700006&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412022000700006&lng=es). Epub 26-Sep-2022. <https://doi.org/10.24245/gom.v90i7.7662>.
  15. Kim SJ, Kim SJ. Update on management of gestational trophoblastic disease. *Clin Exp Reprod Med.* 2020 Mar;47(1):1-8.
  16. Rivas Saldivar, E. S. Aplasia cutis congénita y tiamazol: revisión de la literatura y reporte de casos, Instituto Nacional de Pediatría / trabajo de investigación [Internet]. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2019. Disponible en: <http://repositorio.pediatría.gob.mx:8180/handle/20.500.12103/1228>.
  17. Miovich Zuñiga, N. N. Manejo clínico del shock hipovolémico por aborto incompleto en IPRESS Nivel II-1 Ate –Lima [Internet]. Lima: Universidad José Carlos Mariátegui; 2021. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12819/1267>.
  18. Bombin, M; Mercado, J.; Zúñiga, J.; Encalada, D. Y Ávila, J. Aspiración manual endouterina (AMEU): Revisión de la literatura y estudio de serie de casos. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2019; 84(6): 460-468. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262019000600460&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262019000600460&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262019000600460>.
  19. Seckl MJ, Sebire NJ, Berkowitz RS. Gestational trophoblastic disease. *Lancet.* 2010 Nov 6;376(9742):717-29.
  20. Durán Méndez, C. F., Gualdrón Moncada, J. P., Angélica María Jacome Duarte, A. M. J. D., Barrera Amaya, G. P., Moran Melo, A. C., Ortega Torres, F. J., Zambrano Silva, L. P., Y Castaño Escobar, L. M. Coriocarcinoma de placenta metastásico: artículo de revisión. *Cienc Lat Rev Cient Mult* [Internet]. 2022. 6(4), 851-867. Disponible en: [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v6i4.2628](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i4.2628).
  21. Escobar PF, Lurain JR, Singh DK, Boa R, Seckl MJ. The role of chemotherapy in low-risk gestational trophoblastic neoplasia. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2020 Jan; 63:65-76.
  22. Faucher, P. Complicaciones del aborto provocado quirúrgico legal. *EMC Ginecol Obstet* [Internet]. 2018. 54(1), 1-10. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1283081X18880857>.
  23. Cuaresma González, M.; Barrero Real, L.; García, E.; Pérez Gallego, L.; Gobernado Tejedor, J. A. E Ibañez Nieto, M. Initial management of hydatidiform mole. Case report. *Case reports* [Internet]. 2022; 8(2). Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/care/article/view/93735>.
  24. García Ramírez, C. A.; Rangel, Eulalia Y Torres Mantilla, H. A. Factores de riesgo, diagnóstico histológico y concentraciones de beta-hCG en pacientes con mola hidatiforme. *Medicas UIS* [Internet]. 2018; 31(1): 39-46. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-03192018000100039&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192018000100039&lng=en). <https://doi.org/10.18273/revmed.v31n1-2018005>.
  25. Biscaro A, Braga A, Berkowitz RS. Diagnosis, classification and treatment of gestational trophoblastic neoplasia. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2015 Mar;37(3):116-22.

26. Clarke B, Lopes V, Duncan A. First-trimester vaginal bleeding: Gestational trophoblastic disease. *Am Fam Physician*. 2019 Jan 15;99(2):98-104.
27. Solís Cartas, U.; Calvopiña Bejarano, S. J.; Martínez Larrarte, J. P.; Menes Camejo, I. Y Aguirre Saimeda, G. L. Mola hidatiforme como manifestación ginecobstétrica en el curso de las enfermedades reumáticas. *Rev Cub Med Mil*. 2018; 47(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572018000400013&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572018000400013&lng=es).

## GLOSARIO

- **Anemia:** Condición en la cual el cuerpo no tiene suficientes glóbulos rojos sanos para transportar oxígeno adecuadamente a los tejidos.
- **Antecedentes familiares:** Historial de familiares con mola hidatiforme o enfermedad trofoblástica gestacional, aumentando el riesgo.
- **Aspiración por succión:** Método para evacuar el útero durante el tratamiento de la mola hidatiforme, utilizando un dispositivo de succión.
- **Células trofoblásticas:** Son células que forman la capa externa del blastocito y contribuyen a la formación de la placenta.
- **Cromosomas:** Estructuras que contienen ADN y se encuentran en el núcleo de las células, los errores cromosómicos pueden contribuir a la mola hidatiforme.
- **Complicaciones emocionales:** Desafíos psicológicos que pueden surgir debido al diagnóstico y tratamiento de la mola hidatiforme.
- **Deficiencia de ácido fólico:** Condición donde hay una insuficiente ingesta de ácido fólico, un nutriente crucial para el desarrollo fetal normal.
- **Ecografía:** Procedimiento de imagenología médica que utiliza ondas sonoras para visualizar estructuras internas del cuerpo, útil para diagnosticar la mola hidatiforme.
- **Embrión:** El producto de la fertilización del óvulo por el espermatozoide que se desarrolla en el útero durante el embarazo.
- **Enfermedad trofoblástica gestacional (ETG):** Complicación potencial de la mola hidatiforme en la cual las células trofoblásticas anormales se vuelven cancerosas.
- **Feto:** Etapa del desarrollo humano después del embrión, caracterizado por el desarrollo de órganos y sistemas.
- **Hormona hCG:** La gonadotropina coriónica humana es una hormona producida por la placenta durante el embarazo y es indicativa de su progresión normal.
- **Legrado uterino:** Procedimiento quirúrgico para eliminar tejido del útero, utilizado a veces en el tratamiento de la mola hidatiforme.
- **Mola hidatiforme:** También conocida como embarazo molar, es una condición ginecológica en la cual ocurre un crecimiento anormal de las células trofoblásticas en el útero en lugar del desarrollo de un embrión y un feto normales.
- **Placenta:** Órgano temporal que conecta al feto con la madre para permitir el intercambio de nutrientes, gases y desechos.
- **Preclamsia:** Condición médica caracterizada por presión arterial alta durante el embarazo, que puede ser una complicación de la mola hidatiforme.
- **Tabaquismo:** Posible factor de riesgo para la mola hidatiforme, aunque la evidencia es limitada.
- **Vesículas hidatiformes:** Quistes que se forman en la placenta durante la mola hidatiforme, parecidos a pequeñas burbujas de uva.

**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL  
REPOSITORIO INSTITUCIONAL**

**Cintha Verónica Orellana Sánchez** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0104209754**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del Proyecto de Titulación "**Mola Hidatiforme Completa en Mujer Premenopáusica: Revisión Bibliográfica**" de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 14 de junio de 2024

F:  .....

**Cintha Verónica Orellana Sánchez**  
C.I. 010409754