

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



“Características Epidemiológicas y Clínicas de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional en el Hospital III Goyeneche Arequipa, 2007 – 2011”

INFORME DE TESIS PRESENTADO POR:

MARCO ANTONIO HUMPIRI APARICIO

Para optar el Título Profesional de
Médico Cirujano

AREQUIPA - PERÚ

2013



**A mi familia, máxima inspiración en mi vida
Gracias por su amor, comprensión y
gran ejemplo de vida...**



**Además la vida no te quita cosas,
Te libera de cosas,
Te aliviana para que vuelas más alto,
Para que alcances la plenitud...**

Facundo Cabral

ÍNDICE

| | Pág. |
|---|-------------|
| DEDICATORIA | 1 |
| EPÍGRAFE | 2 |
| INDICE GENERAL | 3 |
| RESUMEN | 4 |
| ABSTRACT | 5 |
| INTRODUCCIÓN | 6 |
| CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS | 8 |
| CAPÍTULO II RESULTADOS | 13 |
| CAPÍTULO III DISCUSIÓN Y COMENTARIOS | 30 |
| CAPÍTULO IV CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | |
| CONCLUSIONES..... | 38 |
| RECOMENDACIONES..... | 39 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS..... | 37 |
| ANEXOS..... | 43 |
| PROYECTO DE INVESTIGACIÓN..... | 48 |

RESUMEN

Se realizó un estudio de tipo observacional descriptivo retrospectivo, cuyo propósito fue identificar las características epidemiológicas y clínicas de las pacientes diagnosticadas de Enfermedad Trofoblástica Gestacional atendidas en el Hospital III Goyeneche de Arequipa en el período 2007 – 2011. La recolección de datos se realizó a través de la técnica de la observación documental mediante la revisión de 35 historias clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión consignados. Se utilizó como instrumento la ficha de recolección de datos.

Los resultados muestran que las principales características epidemiológicas de la mola hidatidiforme son la edad de presentación en un 25,7% en 25 a 29 años, la procedencia urbana y ser nulípara. Las características clínicas incluyen: una edad gestacional dentro del primer trimestre de gestación 80,0%. Como manifestaciones clínicas predomina el dolor en hipogastrio y sangrado vaginal. El hallazgo más frecuente en el examen físico es el sangrado vaginal (62,9%). Los hallazgos ecográficos demuestran placenta con quistes (85,7%), aumento de tamaño uterino en 62,9%, entre otros.

El tratamiento consiste en la administración de tratamiento médico con misoprostol, oxitocina, ergometrina. El tratamiento quirúrgico consiste en el legrado uterino, y/o el vacuum extractor o la histerectomía abdominal total.

La evolución no se pudo precisar en 45,7% por falta de seguimiento de las pacientes. En 91,4% la enfermedad presenta remisión espontánea a los tres meses.

PALABRAS CLAVE: Mola hidatidiforme, Características epidemiológicas, Características clínicas.

ABSTRACT

An observational, descriptive, retrospective study was conducted, whose purpose was to identify some epidemiological and clinical findings of patients with hydatidiform mole attended in Goyeneche III Hospital at Arequipa city in the period 2008 - 2011. The data collection was carried out through observation. We reviewed 35 medical records that met the inclusion criteria. A questionnaire was used for data collection.

The results show that the main epidemiological characteristics of hydatidiform mole are the age of onset by 25.7% in 25-29 years, from the city and be nulliparous. Clinical features include: a gestational age between the first trimester 80.0%. As the predominant clinical manifestations hypogastric pain and vaginal bleeding. The most common finding on physical examination is vaginal bleeding (62.9%). Ultrasound findings demonstrate placenta with cysts (85.7%), uterine enlargement 62.9%, among others.

The treatment involves the administration of medical treatment with misoprostol, oxytocin, ergometrine. Surgical treatment consists of curettage and / or vacuum extractor or total abdominal hysterectomy.

Evolution could not specify at 45.7% due to lack of monitoring of patients. In 91.4% the disease presents spontaneous remission at three months.

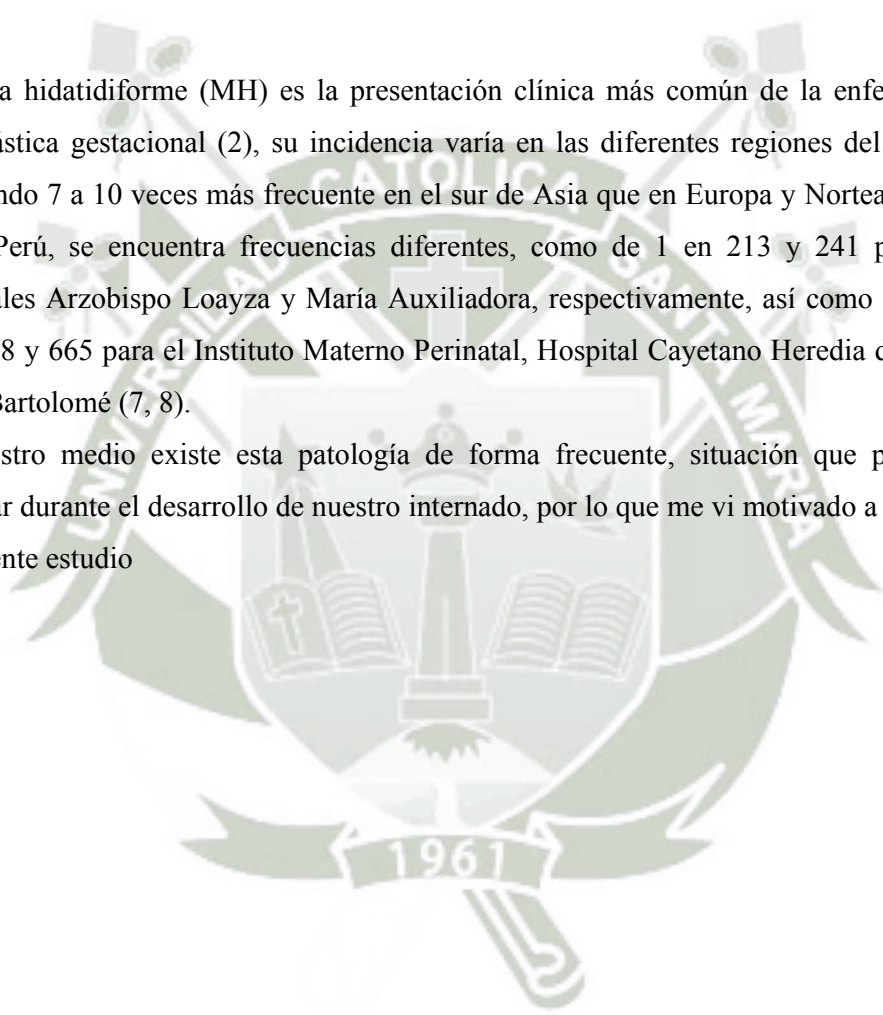
KEY WORDS: Hydatidiform, Epidemiological, clinical features.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) agrupa una serie de alteraciones, tanto benignas como malignas, de las células trofoblásticas de la placenta humana, que constituyen, en sí mismas, neoplasias o predisponen a ellas. No son una sola entidad patológica, sino una amplia variedad cuya expresión más benigna estaría dada por la mola hidatidiforme, en cuyo extremo se hallaría el coriocarcinoma de alta mortalidad (1).

La mola hidatidiforme (MH) es la presentación clínica más común de la enfermedad trofoblástica gestacional (2), su incidencia varía en las diferentes regiones del mundo (3), siendo 7 a 10 veces más frecuente en el sur de Asia que en Europa y Norteamérica. En el Perú, se encuentra frecuencias diferentes, como de 1 en 213 y 241 para los Hospitales Arzobispo Loayza y María Auxiliadora, respectivamente, así como de 1 en 476, 488 y 665 para el Instituto Materno Perinatal, Hospital Cayetano Heredia de Piura y San Bartolomé (7, 8).

En nuestro medio existe esta patología de forma frecuente, situación que pudimos observar durante el desarrollo de nuestro internado, por lo que me vi motivado a realizar el presente estudio



Enunciado del problema:

¿CUALES SON LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE LA ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ AREQUIPA, 2007 – 2011?

Objetivos:

1.- Determinar las características epidemiológicas de las pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital III Goyeneche Arequipa, 2007 -2011.

2.- Identificar las características clínicas en las pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital III Goyeneche Arequipa, 2007 – 2011

Las variables que he considerado son:

- Las Características Epidemiológicas y como Indicadores de estas tenemos: Edad, Procedencia, Patología concomitante, Paridad, Antecedente de Gestación, Antecedente de Paridad, Antecedente de Aborto
- Las Características Clínicas Diagnosticas y como indicadores de esta tenemos: Edad Gestacional al Momento de Presentación, Manifestaciones Semiológicas, Hallazgos al Examen Físico, Hallazgo Ecográficos, Hallazgos en los Exámenes de Laboratorio y Hallazgos anatomo-patológicos.
- Las Características Clínicas Terapéuticas teniendo como indicadores: Tipo de Tratamiento y Asistencia a Seguimiento.
- Evolución y sus indicadores: Complicaciones y Resultados de Seguimiento.

CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS



1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. TÉCNICAS

Para el análisis de las variables de estudio se utilizó como técnica la observación documental.

1.2. INSTRUMENTOS

Se aplicó como instrumento la ficha de recolección de datos, la cual permitió consignar todos los datos referidos a las variables de estudio.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. UBICACIÓN ESPACIAL

La investigación fue realizada en el Hospital III Goyeneche, el mismo que está ubicado en la Avenida Goyeneche S/N, en el Distrito de en la Provincia y Departamento de Arequipa.

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL

Este estudio abarcó el período de enero del año 2007 hasta el mes de Diciembre del año 2011 y se realizó en diciembre del 2012.

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO

Historia clínica de pacientes que presentaron diagnóstico de mola hidatidiforme atendidas en el Hospital III Goyeneche.

2.3.1. Población

Estuvo conformada por todas las historias clínicas de pacientes que presentaron diagnóstico de mola hidatidiforme entre el mes de enero del año 2007 hasta el mes de

diciembre del año 2011 y que fueron atendidas en el Hospital III Goyeneche, las cuales suman 52 pacientes.

2.3.2. Muestra

Para el desarrollo del presente estudio no se trabajó con una muestra sino con el total de la población de pacientes que presentaron mola hidatidiforme durante el período señalado. Se incluyó en el estudio a las pacientes que cumplían con los siguientes criterios:

De inclusión:

- Pacientes mujeres sin límite de edad, que presentaron diagnóstico médico – quirúrgico y/o anatomopatológico de mola hidatidiforme durante el período 2007 – 2011.
- Pacientes cuyas historias clínicas consignaron todos los datos necesarios para la medición de las variables de estudio.

De exclusión:

- Pacientes con historias clínicas incompletas.
- Pacientes fallecidas antes del tratamiento.

La muestra de estudio estuvo conformada por 35 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. Las unidades de análisis fueron las historias clínicas.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. ORGANIZACIÓN

- Una vez aprobado el proyecto se realizaron las coordinaciones necesarias con el Decano de la Facultad de Medicina Humana para el envío de una carta de presentación dirigida al Médico Jefe del Servicio de Ginecología del Hospital III Goyeneche.
- Una vez autorizada la realización del estudio, se procedió a la identificación de la población y a solicitar el número de historia clínica correspondiente.
- Luego se realizó la revisión de todas las historias clínicas de las pacientes que habían presentado el diagnóstico de mola hidatidiforme y que cumplieran con los criterios de inclusión señalados. La recolección de datos fue realizada diariamente por el investigador.
- Una vez concluida la recolección de datos, se procedió a la elaboración de la base de datos en el Programa Excel y del análisis estadístico de los resultados, el cual consistió en la aplicación de estadística descriptiva con pruebas de tendencia central como promedio, mediana, moda, desviación estándar, valores mínimos y máximos de las variables cuantitativas y frecuencia y porcentaje para las variables categóricas.
- Finalmente se realizó el informe final de la investigación.

3.2. RECURSOS

Humanos:

El investigador: Marco Antonio Humpiri Aparicio.
Alumno de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad
Católica de Santa María.

Tutor: Dr. José Santos Yucra Incahuanaco
Médico Cirujano – Especialista en Ginecología y Obstetricia
C.M.P. 41269

Asesor estadístico: Dr. Jose Antonio Supo Condori.

Institucionales:

Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María.

Biblioteca de la U.C.S.M.

Biblioteca de la U.N.S.A.

Hospital III Goyeneche.

Materiales:

Historias clínicas, libro de registro de atención, ficha de recolección de datos, material
de escritorio, computadora, paquete estadístico.

Financieros:

La investigación fue solventada con recursos propios del investigador.

CAPÍTULO II

RESULTADOS



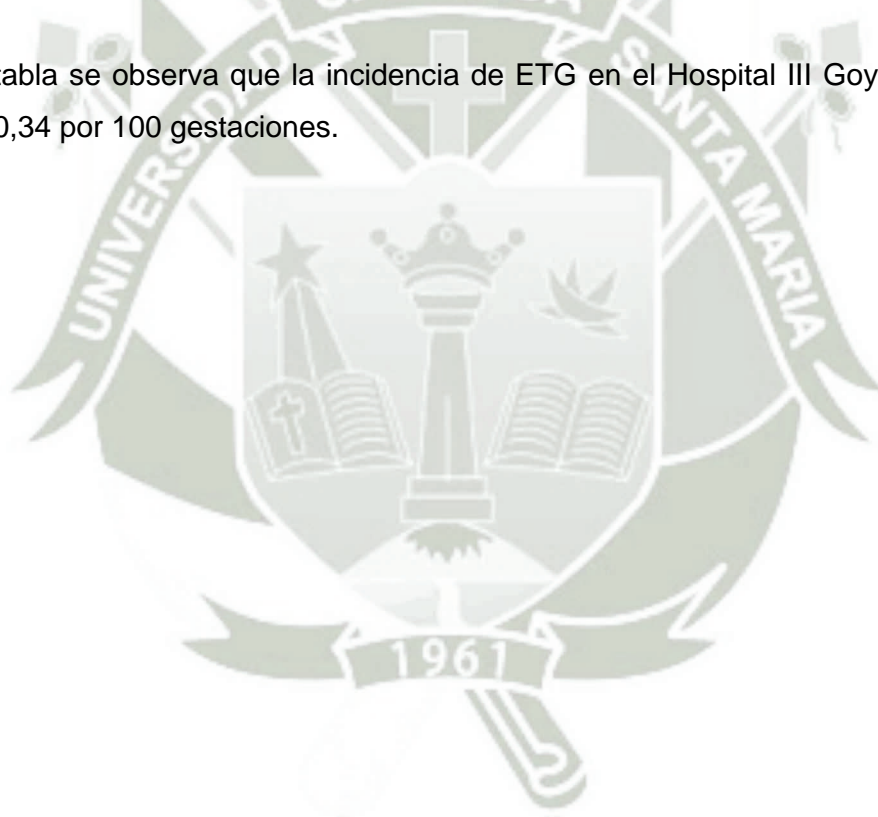
“Características epidemiológicas y clínicas de la enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital III Goyeneche Arequipa, 2007 – 2011”

Tabla 01

Incidencia de la enfermedad trofoblástica gestacional

| | Casos | Gestaciones | Incidencia % |
|-------|-------|-------------|--------------|
| 2007 | 7 | 3241 | 0.2160 |
| 2008 | 15 | 2949 | 0.5086 |
| 2009 | 8 | 2901 | 0.2758 |
| 2010 | 11 | 2886 | 0.3812 |
| 2011 | 11 | 2941 | 0.3740 |
| Total | 52 | 14918 | 0.3486 |

En la tabla se observa que la incidencia de ETG en el Hospital III Goyeneche es de 0,34 por 100 gestaciones.



“Características epidemiológicas y clínicas de la enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital III Goyeneche Arequipa, 2007 – 2011”

Tabla 02

Edad de las mujeres con enfermedad trofoblástica gestacional

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------|------------|------------|
| Menos de 15 | 0 | 0 |
| De 15 a 19 | 5 | 14,3 |
| De 20 a 24 | 7 | 20,0 |
| De 25 a 29 | 9 | 25,7 |
| De 30 a 34 | 6 | 17,1 |
| De 35 a 39 | 3 | 8,6 |
| De 40 a 44 | 3 | 8,6 |
| De 45 a más | 2 | 5,7 |
| Total | 35 | 100,0 |

| | |
|--------------|------|
| Promedio | 28.9 |
| Mediana | 29 |
| Xmin | 18 |
| Xmax | 46 |
| Desv.Standar | 8.04 |

La edad de las pacientes diagnosticadas con la Enfermedad Trofoblástica gestacional tienen como parámetros de edad un promedio de $28,9 \pm 8.04$ años, la mayor frecuencia se encuentra entre las edades de 25 y 29 años siendo el 25,7% de la muestra (9 pacientes), la edad mínima fue de 18 años y la mayor de todas fue de 48 años promedio.y entre los 20 y 24 años el 20,0% con una frecuencia de 7;es menor en mujeres mayores de 45 años es de 5,7% y una frecuencia de 2, en pacientes entre 15 y 19 años 14,3% y no se presentaron casos en pacientes menores de 15 años.

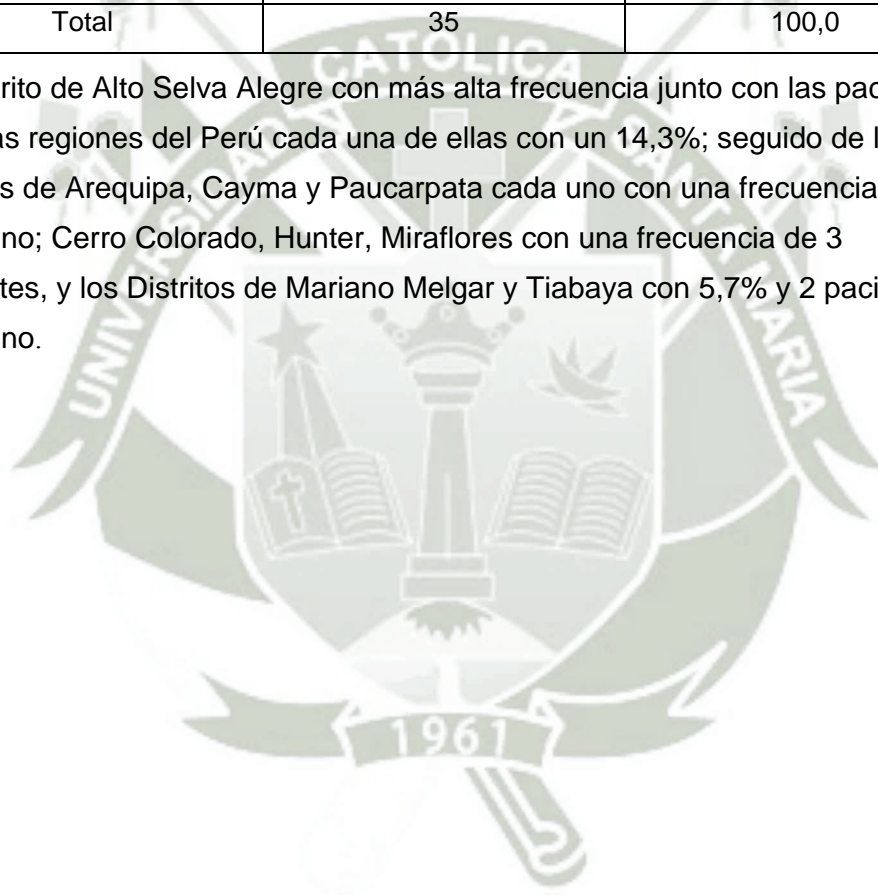
“Características epidemiológicas y clínicas de la enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital III Goyeneche Arequipa, 2007 – 2011”

Tabla 03

Procedencia de las mujeres

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------|------------|------------|
| Urbano | 21 | 60,0 |
| Urbano-marginal | 11 | 31,4 |
| Rural | 3 | 8,6 |
| Total | 35 | 100,0 |

El distrito de Alto Selva Alegre con más alta frecuencia junto con las pacientes de otras regiones del Perú cada una de ellas con un 14,3%; seguido de los distritos de Arequipa, Cayma y Paucarpata cada uno con una frecuencia de 3 cada uno; Cerro Colorado, Hunter, Miraflores con una frecuencia de 3 pacientes, y los Distritos de Mariano Melgar y Tiabaya con 5,7% y 2 pacientes cada uno.



“Características epidemiológicas y clínicas de la enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital III Goyeneche Arequipa, 2007 – 2011”

Tabla 04

Patología concomitante

| | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------|------------|------------|
| Antecedente de ETG | 0 | 0,0 |
| Otros | 9 | 25,7 |
| Total | 35 | 100,0 |

No se registraron antecedentes de Enfermedad Trofoblástica Gestacional (ETG) en gestaciones anteriores de las pacientes.

El 25,7% del total de la muestra refirió otros antecedentes clínicos sin relación directa con el embarazo ni la ETG.



“Características epidemiológicas y clínicas de la enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital III Goyeneche Arequipa, 2007 – 2011”

Tabla 05

Antecedentes patológicos.

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------|------------|------------|
| Primigesta | 12 | 34,3 |
| Segundigesta | 11 | 31,4 |
| Multigesta | 5 | 14,3 |
| Gran-multigesta | 7 | 20,0 |
| Total | 35 | 100,0 |
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Nulípara | 14 | 40,0 |
| Primípara | 12 | 34,3 |
| Secundípara | 2 | 5,7 |
| Múltipara | 1 | 2,9 |
| Gran múltipara | 6 | 17,1 |
| Total | 35 | 100,0 |

La ETG se dio en mujeres nulíparas con una frecuencia de 14 pacientes haciendo el 40.0% de la muestra seguido de las mujeres primíparas con una frecuencia de 12 haciendo 34,3% de la muestra, 2 pacientes secundíparas que son el 5,7%, una paciente múltipara que representa el 2,9% de la muestra y 6 pacientes Gran-múltiparas que son el 17,1% de la muestra.

“Características epidemiológicas y clínicas de la enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital III Goyeneche Arequipa, 2007 – 2011”

Tabla 06

Antecedentes de aborto

| | Frecuencia | Porcentaje |
|---------|------------|------------|
| Ninguno | 24 | 68,6 |
| Uno | 10 | 28,6 |
| Dos | 1 | 2,9 |
| Total | 35 | 100,0 |

Los antecedentes de aborto muestran: 24 pacientes refirieron no tener antecedente de aborto haciendo ellas el 68,6% de la muestra, 11 pacientes registraron antecedente de aborto de las cuales 10 pacientes registraron un aborto en alguna gestación anterior (28,6%) y una paciente registro 2 abortos en gestaciones anteriores (2,9%).

“Características epidemiológicas y clínicas de la enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital III Goyeneche Arequipa, 2007 – 2011”

Tabla 07

Edad gestacional al momento del diagnóstico

| | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------|------------|------------|
| 1er trimestre | 28 | 80,0 |
| 2do trimestre | 7 | 20,0 |
| 3er trimestre | 0 | 0,0 |
| Total | 35 | 100,0 |

Las manifestaciones clínicas de la ETG se presentó dentro del primer trimestre de gestación en un 80,0%, dentro del segundo trimestre de gestación y no se registró casos de ETG en pacientes dentro del tercer trimestre de gestación.

“Características epidemiológicas y clínicas de la enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital III Goyeneche Arequipa, 2007 – 2011”

Tabla 08

Manifestaciones clínicas al momento del diagnóstico

| | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------|------------|------------|
| Dolor en hipogastrio | 28 | 80,0 |
| Sangrado | 27 | 77,1 |
| Náuseas y vómitos | 16 | 45,7 |
| Amenorrea | 7 | 20,0 |
| Ausencia de movimientos f | 1 | 2,9 |

La manifestaciones clínicas que refirieron las pacientes en el momento de la elaboración de la Historia Clínica en orden de frecuencia fueron: Dolor en hipogastrio en 80,0% de la muestra, sangrado transvaginal en 77,1% de la muestra, náuseas y vómitos en el 45,7% de la muestra, amenorrea en un 20,0% de la muestra y una paciente refirió ausencia de movimientos fetales siendo esta el 2,9% de la muestra.

“Características epidemiológicas y clínicas de la enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital III Goyeneche Arequipa, 2007 – 2011”

Tabla 09

Hallazgos al examen físico al momento del diagnóstico

| | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------------|------------|------------|
| Sangrado vaginal | 22 | 62,9 |
| Altura uterina discordante | 17 | 48,6 |
| Útero blando | 10 | 28,6 |
| Expulsión de vesículas | 9 | 25,7 |
| Ausencia de signos fetales | 0 | 0,0 |

Al Examen Físico se evidenció en orden de frecuencia: Sangrado vaginal en el 62,9% de las pacientes, altura discordante en el 48,6% de las pacientes, útero blando en el 28,6% de las pacientes, expulsión tras-vaginal de vesículas en forma de racimos de uvas en el 25,7% de las pacientes.

“Características epidemiológicas y clínicas de la enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital III Goyeneche Arequipa, 2007 – 2011”

Tabla 10

Hallazgos ecográficos al momento del diagnóstico

| | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------------------|------------|------------|
| Placenta con quistes | 30 | 85,7 |
| Aumento de tamaño uterino en mas | 22 | 62,9 |
| Ausencia fetal | 16 | 45,7 |
| Presencia de estructuras emb | 4 | 11,4 |
| Aborto incompleto | 4 | 11,4 |
| Presencia de quistes | 2 | 5,7 |
| Otros | 0 | 0,0 |

Los hallazgos ecográficos documentados en las historias clínicas en orden de frecuencia son: Placenta con quistes (imagen en panal de abejas) en el 85,7% de las pacientes, aumento de tamaño uterino en 62,9% de las pacientes, informaron ausencia fetal en 45,7%, presencia de estructuras embrionarias en 11,4%, informaron como aborto incompleto en 11,4% y presencia de quistes de teca el 5,7%.

“Características epidemiológicas y clínicas de la enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital III Goyeneche Arequipa, 2007 – 2011”

Tabla 11

Hallazgos en los exámenes de laboratorio

| | B HCG (mU/ml) | Hb (gr/dl) |
|------------------------|---------------|------------|
| Media | 167410 | 12,5 |
| Error típ. de la media | 29959 | 0,24 |
| Desv. típ. | 177239 | 1,45 |
| Mínimo | 36 | 9,1 |
| Máximo | 500000 | 14,9 |

Las características estadísticas de los valores de Beta HCG que se registraron en las historias clínicas tienen una media de 167410 mU/ml, un error típico de la media de 29959 mU/ml, una desviación típica de 177239 mU/ml, un valor mínimo de 36 mU/ml y un valor máximo de 500000 mU/ml.

En los valores de Hemoglobina se tiene: una media de 12,5 gr/dl, error típico de la media de 0,24 gr/dl, una desviación típica de 1,45 gr/dl, un valor mínimo de 9,1 gr/dl y un valor máximo de 14,9 gr/dl.

“Características epidemiológicas y clínicas de la enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital III Goyeneche Arequipa, 2007 – 2011”

Tabla 12

Hallazgos anatomopatológicos

| | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------|------------|------------|
| Mola Completa | 20 | 57,1 |
| Mola Parcial | 14 | 40,0 |
| Coriocarcinoma | 1 | 2,9 |
| Total | 35 | 100,0 |

Los informes de patología mostraron una frecuencia de 20 pacientes con el diagnóstico de Mola Completa, 14 pacientes con diagnóstico de Mola Parcial y 1 paciente con el diagnóstico de Coriocarcinoma.

“Características epidemiológicas y clínicas de la enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital III Goyeneche Arequipa, 2007 – 2011”

Tabla 13

Tratamiento médico coadyuvante de las pacientes

| | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|------------|
| Misoprostol | 27 | 77,1 |
| Oxitocina | 20 | 57,1 |
| Antibióticos | 18 | 51,4 |
| Ergometrina | 17 | 48,6 |
| Metotrexate | 9 | 25,7 |

El tratamiento médico administrado a las pacientes con diagnóstico clínico de Holo Hidatidiforme tiene a Misoprostol en 77,1% de las pacientes, Oxitocina al 57,1% de las pacientes, se le administro antibióticoterapia al 51,4%, Ergometrina al 48,6% y Metotrexate al 25,7% de las pacientes.

“Características epidemiológicas y clínicas de la enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital III Goyeneche Arequipa, 2007 – 2011”

Tabla 14

Tratamiento quirúrgico de las pacientes

| | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------|------------|------------|
| AMEU | 28 | 80,0 |
| Legrado | 7 | 20,0 |
| Histerectomía | 4 | 11,4 |

En algunas pacientes se realizaron tratamiento con AMEU y legrado. Las pacientes que fueron sometidas a Histerectomia fueron mayores de 40 años.



“Características epidemiológicas y clínicas de la enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital III Goyeneche Arequipa, 2007 – 2011”

Tabla 15

Complicaciones de la enfermedad trofoblástica gestacional

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------|------------|------------|
| Hemorragia | 3 | 8,6 |
| Hipertensión arterial | 1 | 2,9 |
| Tromboembolismo p | 0 | 0,0 |

Las complicaciones más frecuentes que presentaron las pacientes fueron la Hemorragia en 3 pacientes (8,6%) e Hipertensión Arterial una paciente (2,9%)



“Características epidemiológicas y clínicas de la enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital III Goyeneche Arequipa, 2007 – 2011”

Tabla 16

Evolución de la enfermedad trofoblástica gestacional

| | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------|------------|------------|
| Remisión a los 3 meses | 32 | 91,4 |
| Sin remisión | 3 | 8,6 |
| Fallecimiento | 0 | 0,0 |
| Total | 35 | 100,0 |

La evolución de la ETG tuvo Remisión a los 3 meses en 32 pacientes y no remitieron en 3 pacientes, No se registraron fallecimientos en muestra.



“Características epidemiológicas y clínicas de la enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital III Goyeneche Arequipa, 2007 – 2011”

Tabla 17

Seguimiento de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------|------------|------------|
| Seguimiento | 19 | 54,3 |
| Sin seguimiento | 16 | 45,7 |
| Total | 35 | 100,0 |

Del total de las pacientes el 54,3 % asistieron a una consulta de control después del alta y 45,7 no asistieron a un control.



CAPÍTULO III

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS



La mola hidatiforme es una patología que no debe sorprender al clínico en el momento de su identificación. Para esto, se planteó el análisis del enfoque clínico, con el propósito de llegar al diagnóstico antes del estudio anatomopatológico.

La *Tabla 1* nos muestra la incidencia de mola que es de 0,34% de la totalidad de gestaciones. En comparación con la bibliografía médica de González-Merlo, Jesús (2006) la incidencia varía dependiendo de la localización geográfica, así en los países asiáticos es más frecuente, 1/200 gestaciones, con una mayor capacidad de malignización, mientras que en los países occidentales tiene una menor frecuencia, 1/1500 embarazos, algunos estudios en Latinoamérica reportan cifras de 4,6/1000 (25). Es de 7 a 10 veces más frecuente en el sur de Asia que en Europa y Norteamérica (3). En el Perú, se encuentra frecuencias diferentes, como de 1 en 213 y 241 para los Hospitales Arzobispo Loayza y María Auxiliadora, respectivamente, así como de 1 en 476, 488 y 665 para el Instituto Materno Perinatal, Hospital Cayetano Heredia de Piura y San Bartolomé (7, 8). Estos datos se aproximan a la incidencia del presente estudio.

En relación a la edad, se observó en la *tabla 2* muestra que la edad de las pacientes diagnosticadas con la Enfermedad Trofoblástica gestacional tienen como parámetros de edad un promedio de $28,9 \pm 8.04$ años, la mayor frecuencia se encuentra entre las edades de 25 y 29 años siendo el 25,7% de la muestra (9 pacientes), la edad mínima fue de 18 años y la mayor de todas fue de 48 años promedio. y entre los 20 y 24 años el 20,0% con una frecuencia de 7; es menor en mujeres mayores de 45 años es de 5,7% y una frecuencia de 2, en pacientes entre 15 y 19 años 14,3% y no se presentaron casos en pacientes menores de 15 años.

Estos resultados nos demuestran que la mola hidatidiforme afecta más a personas de mayor edad, observación que coincide con la literatura médica en la que se señala que en los países occidentales la enfermedad afecta a las mujeres adultas más que a las jóvenes (1).

Nuestros resultados se aproximan a los resultados publicados por el estudio de Morales, quien reporta que la enfermedad se presenta con mayor frecuencia en mujeres entre 20 y 24 años. (9). Así también un estudio previo realizado en Arequipa por Valdivia, reporta una mayor frecuencia en rangos de edad entre 25 a 35 años. (11) teniendo en este caso mayor coincidencia con el presente estudio.

Por tanto concluimos que la mola hidatidiforme afectó más a mujeres entre 25 y 29 años de edad seguida muy de cerca por las de 20 a 24 años, por lo cual hay que tenerla en cuenta como posible diagnóstico en patologías que cursan con sangrado vaginal y dolor en hipogastrio.

En la *tabla 3*, los resultados muestran que las pacientes proceden en su mayoría de una zona Urbana en un 60,0%, seguido de la zona urbano – marginal 31,4% y la zona rural en un 8,6%. Estos resultados concuerdan con los resultados publicados por el estudio de Cano en la Maternidad de Lima quien reporta que el 76% de las pacientes procedió de zona urbana. Otros estudios no reportan datos. Considero que es importante tomar en cuenta los antecedentes de procedencia según este estudio tomando en cuenta las pacientes de zonas urbanas y urbano-marginales, teniendo énfasis a las pacientes las zonas rurales que tienen poca asistencia medica estén limitadas al acceso a un diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado, lo que podría originar que algunos casos no tratados evolucionen de forma negativa (21).

En la *tabla 4* observamos que no se registraron antecedentes de Enfermedad Trofoblastica Gestacional en gestaciones anteriores de las pacientes. El 25,7% del total de la muestra refirió otros antecedentes clínicos sin relación directa con el embarazo ni la ETG.

En relación con el presente estudio vemos que no coincide con la literatura, la mujer con un embarazo molar previo tiene mayor peligro de que en un embarazo futuro se presente otra mola completa o parcial (Garner et al.,2002) en este caso es conveniente hacer un seguimiento minucioso a las pacientes diagnosticadas de mola no histerectomizadas en sus embarazos futuros.

En la *tabla 5* observamos que Presentaron la frecuencia más alta con 12 pacientes primigestas, (34,3%), 11 pacientes segundigestas (31,4%), 5 pacientes multigestas (14,3%) y 7 pacientes Gran-multigestas (20,0%). Asi mismo la ETG se dio en mujeres nulíparas con una frecuencia de 14 pacientes haciendo el 40.0% de la muestra seguido de las mujeres primíparas con una frecuencia de 12 haciendo 34,3% de la muestra, 2 pacientes secundíparas que son el 5,7%, una paciente múltipara que representa el 2,9% de la muestra y 6 pacientes Gran-multiparas que son el 17,1% de la muestra

Estos resultados son diferentes a los encontrados por Merello quien reporta que el 85% de las pacientes tenían 4 o menos gestaciones previas, incluso la mayoría de las pacientes de 40 o más años de edad tenían 4 o menos gestaciones previas (12).

Al respecto podemos comentar que habiendo transcurrido más de 3 décadas desde la realización del estudio de Merello, el comportamiento epidemiológico de la mola hidatidiforme ha cambiado y tiene diversos comportamientos en diferentes regiones según otros estudios en lo que respecta a la paridad de las pacientes afectadas y que podría también guardar relación con la edad, ya que actualmente se observan casos de mola hidatiformes incluso en gestantes adolescentes, a diferencia de Merello quien reporta una edad promedio de 32.5 años (12).

En la *tabla 6* se vio que: 24 pacientes refirieron no tener antecedente de aborto haciendo ellas el 68,6% de la muestra, 11 pacientes registraron antecedente de aborto de las cuales 10 pacientes registraron un aborto en alguna gestación anterior (28,6%) y una paciente registro 2 abortos en gestaciones anteriores (2,9%) Estos resultados concuerdan con Castro que reporta 20,9% con el antecedente de Aborto en una ocasión y Valdivia que reporta que la mayoría no tuvo antecedente de aborto (18, 11).

En la *tabla 7* vimos que las manifestaciones clínicas de la ETG se presentó dentro del primer trimestre de gestación en un 80,0%, dentro del segundo trimestre de gestación y no se registró casos de ETG en pacientes dentro del tercer trimestre de gestación Estos resultados concuerdan con la literatura de Williams, que señala la presentación de mola con mayor frecuencia dentro del primer trimestre de gestación. Otros estudios reportan que la evolución habitual de la mola es su expulsión espontánea alrededor del 4° ó 5° mes de gestación (14).

En la *tabla 8* se vio que las manifestaciones clínicas que refirieron las pacientes en el momento de la elaboración de la Historia Clínica en orden de frecuencia fueron: Dolor en hipogastrio en 80,0% de la muestra, sangrado transvaginal en 77,1% de la muestra, náuseas y vómitos en el 45,7% de la muestra, amenorrea en un 20,0% de la muestra y una paciente refirió ausencia de movimientos fetales siendo esta el 2,9% de la muestra entre los principales.

Estos resultados se aproximan a otros estudios que señalan como principal manifestación clínica el sangrado vaginal (7, 8, 9, 10, 11). Asimismo se ha señalado que

es muy conocido que la enfermedad trofoblástica gestacional constituye una causa muy importante en las hemorragias del primer trimestre (14).

En la *tabla 9* se vieron los hallazgos al examen físico y en ella se apreció en orden de frecuencia: Sangrado vaginal en el 62,9% de las pacientes, altura discordante en el 48,6% de las pacientes, útero blando en el 28,6% de las pacientes, expulsión transvaginal de vesículas en forma de racimos de uvas en el 25,7% de las pacientes.

Este resultado concuerda con los resultados reportados por Chávez que reporta una mayor altura uterina en relación a la edad del embarazo que alcanzó el 69.15% de los casos (23).

La literatura médica señala que los síntomas clásicos de la mola hidatidiforme son el sangrado vaginal, que constituye la forma de presentación más frecuente, encontrándose en un 89-97% de las pacientes, seguido de otras como, altura uterina mayor para la edad gestacional en el 50%, anemia, toxemia en el 27%, hiperémesis gravídica en el 25%, hipertiroidismo en el 7%, embolia trofoblástica, dolor abdominal severo, dolor pélvico, marcada elevación de los niveles de hGC (5).

En la *tabla 10* se vieron los hallazgos ecográficos entre los que en orden de frecuencia se tiene: Placenta con quistes (imagen en panal de abejas) propio de mola hidatidiforme en el 85,7% de las pacientes, aumento de tamaño uterino en 62,9% de las pacientes, informaron ausencia fetal en 45,7%, presencia de estructuras embrionarias en 11,4%, informaron como aborto incompleto en 11,4% y presencia de quistes de teca luteínica que hacen 5,7%.

Este reporte concuerda con los resultados de Valdivia que señala que la ecografía tuvo una certeza diagnóstica del 83% (11).

Se ha señalado que la implementación de la ecografía a edades gestacionales tempranas (primer trimestre) como parte de programas de control prenatal, ha hecho posible el diagnóstico temprano del embarazo molar, a una edad gestacional promedio de 8.5 semanas. A pesar de esto su utilidad es limitada, ya que a esta edad gestacional la mola no presenta características macroscópicas evidentes o son evacuadas muy temprano, lo que asegura casi al 70% su recurrencia (15).

En la *tabla 11* se observó que la mayoría de las pacientes presentan alteraciones en los niveles de hemoglobina y principalmente en la Sub unidad β HCG.

La literatura médica señala que para el diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional se debe tener en cuenta los niveles de gonadotropina coriónica humana (BhCG), la ultrasonografía y el estudio histopatológico de la muestra obtenida al momento de la evacuación de la mola. Se considera que esta herramienta diagnóstica es en últimas la que confirma y correlaciona los hallazgos clínicos y ecográficos con el diagnóstico de MHC o MHP. Los niveles elevados de hCG son el reflejo de la proliferación trofoblástica. Dicho marcador es posible determinarlo en muestras de suero, es usado de forma efectiva para el diagnóstico de ETG, evaluación de la respuesta al tratamiento y para la detección de recurrencias (16).

En la *tabla 12* que muestra los resultados de anatomía patológica una frecuencia de 20 pacientes con el diagnóstico de Mola Completa que es el 57,1% de la muestra, 14 pacientes con diagnóstico de Mola Parcial que hace el 40,0% y 1 paciente con el diagnóstico de Coriocarcinoma que representa el 2,9% la cual fue tratada por el Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche con una evolución favorable.

Como hemos visto, los hallazgos anatomopatológicos mayor frecuencia de mola hidatidiforme completa la cual según la literatura médica tiene mayor riesgo de desarrollar en neoplasia trofoblástica gestacional, también mostraron la frecuencia de mola hidatidiforme parcial en un porcentaje significativo. Tal conclusión debe sugerir que siempre se deberá enviar las muestras operatorias al respectivo estudio patológico para descartar la existencia de coriocarcinoma.

En la *tabla 13* y *14* se vio que el tratamiento de la mola hidatidiforme se realiza desde un aspecto médico mediante la administración de Misoprostol endo vaginal en 77,1% de las pacientes, Oxitocina al 57,1% de las pacientes, se le administro antibióticoterapia al 51,4%, Ergometrina al 48,6% y Metrotexate al 25,7% de las pacientes. Además El tratamiento quirúrgico más frecuente que recibieron las pacientes fue la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) en 28 pacientes, se le realizó curetaje a 7 pacientes y a 4 pacientes se les realizó Histerectomía Abdominal Total; estos resultados concuerdan con Alí quien señala que el tratamiento más utilizado fue el AMEU (55.8%), el 53.9% recibió previamente análogos de prostaglandinas (misoprostol) y el 13.5% recibió quimioterapia, así también Castro reporta que el 77.7% de casos se resolvieron con el AMEU (18, 24).

En la *tabla 15* se observó que Las complicaciones más frecuentes que presentaron las pacientes fueron la Hemorragia en 3 pacientes (8,6%) e Hipertensión Arterial una paciente (2,9%).

Estos resultados concuerdan con otros estudios en los que reportan que la mayoría de pacientes no presentaron complicaciones (9, 10, 11).

En la *tabla 16 y 17* se observó que la evolución de la ETG tuvo Remisión a los 3 meses en 32 pacientes y no remitieron en 3 pacientes, no se registraron fallecimientos en muestra. Del total de las pacientes el 54,3 % asistieron a una consulta de control después del alta y 45,7 no asistieron a un control.

De la misma manera Ticona reporta que del grupo que acudió a su control se comprobó la curación de 32.12% del total de pacientes y se detectó a 17 pacientes (5.33%) que hicieron formas persistentes de la enfermedad, no se encontraron otros estudios que señalen la evolución de las pacientes (13).

Estos datos nos permiten confirmar lo dicho anteriormente acerca de la importancia de la educación, pero también resaltar la necesidad de que las pacientes sean motivadas para que acudan al hospital a realizarse sus controles periódicos porque en caso contrario podrían evolucionar hacia las formas malignas y fallecer.

Finalmente podemos decir que en la actualidad las mujeres con embarazos molares pueden ser diagnosticadas y manejadas oportunamente, ya que se cuenta con estudios ecográficos, e histopatológicos que confirman la enfermedad y estudios laboratoriales (β HCG) que permiten identificar rápidamente secuelas de malignidad.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



A. CONCLUSIONES

PRIMERA

Las principales características epidemiológicas de Enfermedad Trofoblástica Gestacional son la edad de presentación en un 25,7% en pacientes con edades entre los 25 a 29 años, la procedencia del sector urbano, todas las pacientes no tenían antecedente de mola en gestaciones anteriores, en su mayoría registraron ser primigesta nulípara y el 68,6% no tuvieron antecedente de aborto

SEGUNDA

Las principales características clínicas incluyen: una edad gestacional dentro del 1er trimestre de gestación al momento del diagnóstico. En cuanto a las manifestaciones semiológicas predomina el dolor en hipogastrio y el sangrado vaginal. Los hallazgos más frecuentes en el examen físico son el sangrado vaginal (62,9%), entre otros. Los hallazgos ecográficos demuestran la presencia de placenta con quistes informada en su mayoría como “Imagen en Panal de Abeja” (85,7%) y aumento de tamaño uterino (62,9%), entre otros. En relación a los exámenes laboratoriales de las pacientes con mola hidatidiforme destaca los valores muy altos de la Subunidad β HCG y la hemoglobina en valores normales en la mayoría de las pacientes. Los informes de anatomía patológicos informaron Mola Hidatidiforme Completa en 57,1% y Parcial en 40,0%. El tratamiento médico consiste en la administración de misoprostol, oxitocina, ergometrina, entre otros. El tratamiento quirúrgico se realiza según la gravedad del caso y consiste en AMEU, y/o legrado uterino o la histerectomía abdominal total. El 54,3% de las pacientes asistieron a un control para un adecuado seguimiento. La mayoría de las pacientes no presentaron complicaciones después del tratamiento. El resultado del seguimiento muestra 91,4% de las pacientes tuvieron una remisión antes de los 3 meses, no se reportó fallecimiento en el estudio realizado

B. RECOMENDACIONES

Considerando las conclusiones obtenidas durante este estudio realizamos las siguientes recomendaciones:

- Mantener estandarizado y actualizado el protocolo de tratamiento de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional por el Servicio de Ginecología del Hospital III Goyeneche, para una atención oportuna y adecuada a las pacientes.
- Supervisar que las personas encargadas de elaborar las historias clínicas registren toda la información necesaria que permita realizar estudios de seguimiento de esta patología.
- Mejorar el rol que cumple la Unidad Anátomo Patológica, enviando la totalidad de muestras obtenidas.
- Informar a las pacientes sobre la gravedad que implica el diagnóstico de Mola para crear adherencia a las indicaciones, de esa manera lograr que las pacientes acudan a los controles respectivos

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Grimes D, Epidemiology of gestational trophoblastic disease. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2004; 138: 317-321.
2. Costa HL, Doyle P. Influence of oral contraceptives in the development of post-molar trophoblastic neoplasia, a systematic review. *Gynecol Oncol* 2006; 100:579-85.
3. Kiran AJ. Gestational trophoblastic disease. *Ultrasound Q* 2005; 21:245-53.
4. Ngan HY. Gestational trophoblastic disease. *Gynaecol Pract* 2003; 142-7.
5. Garner GIO, Goldstein DP, Feltmate CM, Berkowitz SD. Gestational trophoblastic disease. *Clin Obstet Gynecol* 2007; 1:112-22.
6. Soper JT. Gestational trophoblastic disease. *Obstet Gynecol* 2006; 108:176-87.
7. Jefferson L, Vicuña R, Rechkemer A. Factores de riesgo en la enfermedad trofoblástica gestacional: estudio caso-control. *Ginecol Obstet (Perú)* 1994; 40: 68.
8. Rodríguez-Frías E, Mendoza R, León F. Enfermedad del trofoblasto en el Hospital Regional Cayetano Heredia de Piura. *Acta Médica Peruana* 2002; 17: 23.
9. Morales Toia, Mafalda. Aspectos Clínicos y Epidemiológicos de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional entre Enero de 1980 y Diciembre de 1995. Tesis presentada a la Universidad Católica de Santa María para optar el Título de Médico Cirujano. Arequipa, 1996.
10. Benavente Bellido, Jainor A. Estudio de la Mola Hidatidiforme. Enero 1984 a Diciembre 1990. Hospital Central del Sur Block B de Arequipa, 1991. Tesis presentada a la Universidad Nacional de San Agustín para optar el título de Bachiller en Medicina. Arequipa, 1991.
11. Valdivia Tejada, Duilio. Enfermedad Trofoblástica Gestacional, Enero 1973 a Diciembre 1992. Tesis presentada a la Universidad Nacional de San Agustín para optar el título de Bachiller en Medicina. Arequipa, 1993.

12. Merello Vega. Aurelio. Mola Hidatidiforme. Hospital Regional No. 2 De Seguro Social de Arequipa. Tesis presentada a la Universidad Nacional de San Agustín para optar el título de Bachiller en Medicina. Arequipa, 1976.
13. Ticona Herrera Adela. Enfermedad Trofoblástica Gestacional. Estudio Retrospectivo, Enero 1985 – Diciembre 1989. Hospital Maternidad de Lima. UNSA Tesis presentada a la Universidad Nacional de San Agustín. Bachiller en Medicina.
14. Robbins CK. Patología Estructural y Funcional. McGraw-Hill-Interamericana de España. S.A. Madrid. Cap 24:1130. 6° Edición. 2000.
15. Goldstein DP, Berkowitz R, Bernstein M, Genest DR. Complete hydatidiform mole. Comparison of the clinicopathologic features, current and past. *J Reprod gestational* 2007; 59: 32 – 35.
16. Cole LA, Sutton JM. Selecting an appropriate hCG test for managing gestational trophoblastic disease and cancer. *J Reprod Med* 2004; 49:545-53.
17. Aguilar Flores, Víctor. Correlación Ultrasonográfica e histopatológica de la enfermedad trofoblástica gestacional 2002 – 2003. Hospital Arzobispo Loayza. Tesis para optar el Título de Especialista en Gineco – Obstetricia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, 2004.
18. Castro Reyes, Nadia. Estudio de las Características Clínico-Epidemiológicas de la Enfermedad del Trofoblasto Gestacional durante los años 2001 – 2005. Instituto Nacional Materno Perinatal. Trabajo de Investigación para optar el grado de Especialista en Gineco – Obstetricia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, 2007.
19. Vargas López Eleazar. Enfermedad Trofoblástica Gestacional. Temas Actuales de Ginecología y Obstetricia Vol 9. 300 – 312. 2008.
20. Chávez Salinas, Horacio. Enfermedad del Trofoblasto: Algunos Aspectos Epidemiológicos, Clínicos y Terapéuticos, 1964 – 1980. Hospital Regional del Cuzco

Tesis Doctoral presentada a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, 1981.

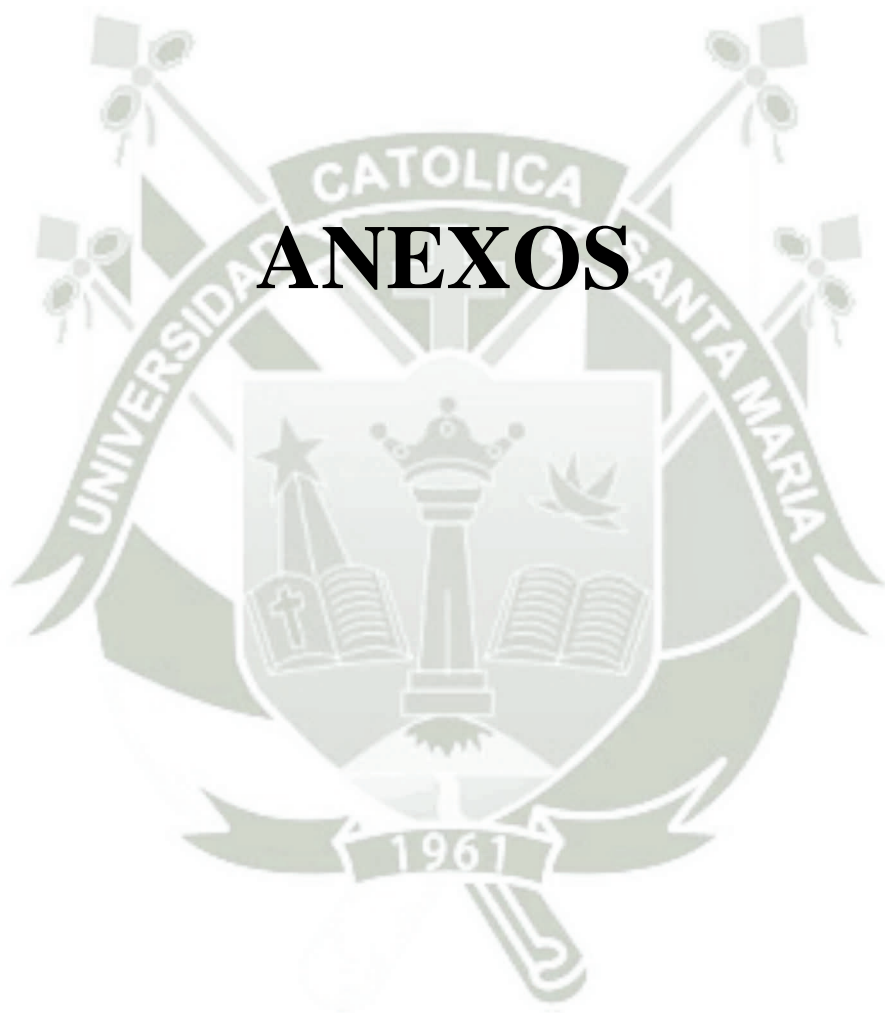
21. Cano Castro, Marlene Luz. Factores de Riesgo Asociados a Pacientes con Mola Hidatidiforme, Enero 1995 – Mayo 1997. Instituto Materno Perinatal. Tesis presentada a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Bachiller en Medicina 1998.

22. Rodríguez Cornejo, Robinson Jaime. Estudio de Mola Hidatiforme, Enero 1978 a Diciembre 1988. Hospital de Apoyo Carlos Monge Medrano de Juliaca. Tesis presentada a la Universidad Nacional de San Agustín. Bachiller en Medicina 1989.

23. Chavez Salinas, Horacio. Enfermedad del Trofoblasto: Algunos Aspectos Epidemiológicos, Clínicos y Terapéuticos, 1964 – 1980. Hospital Regional del Cuzco. Tesis Doctoral presentada a la Universidad Mayor de San Marcos. 1981

24. Alí Garate, Martín Alejandro. Enfermedad Trofoblástica Gestacional, 1996 – 2003. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Tesis presentada a la Universidad Mayor de San Marcos. Bachiller en Medicina 2004.

25. González-Merlo, Jesús (2006). «Capítulo 29: Enfermedad trofoblástica gestacional» (en español). Obstetricia (5.ª edición). Elsevier España.



ANEXOS

ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA No.

1. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

Edad: < 15 años 30-34 años
 15-19 años 35- 39años
 20-24 años > 40 años
 25-29 años

Procedencia:
 Urbano
 Urbano-Marginal
 Rural

Patología concomitante

Antecedente de enfermedad trofoblástica gestacional Si hubo
 No hubo

Otros _____

Paridad:

Primigesta
 Segundigesta → Nulípara
 Primípara
 Multigesta → Nulípara
 Primípara
 Segundípara
 Multípara
 Gran Multigesta → Nulípara
 Primípara
 Segundípara
 Multípara
 Gran Multípara

Antecedente de Aborto: Ninguno Tres o mas
 Uno
 Dos

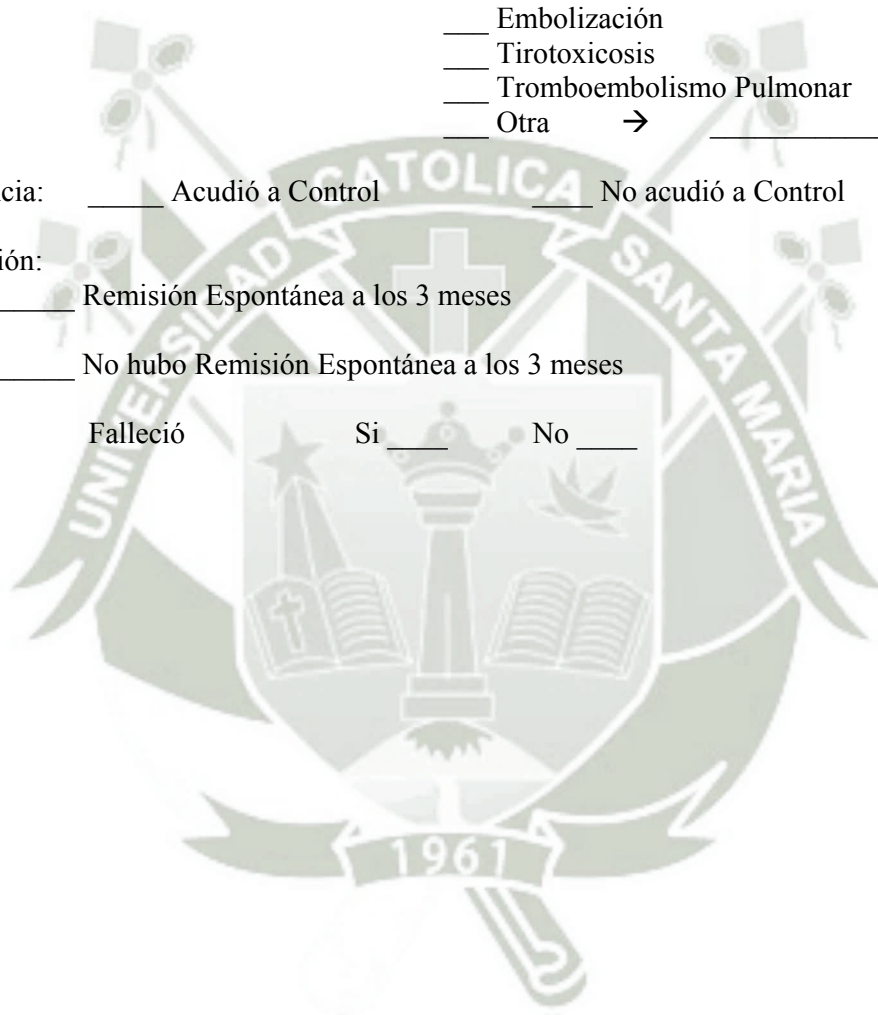
Resultado de Anatomía Patológica:

- Mola hidatidiforme
 - Mola Completa
 - Mola Parcial
- Mola invasiva
- Tumorción trofoblastica
- Coriocarcinoma
- Complicaciones No Si →
 - Hemorragia
 - Hipertensión Arterial
 - Hiperemesis
 - Embolización
 - Tirotoxicosis
 - Tromboembolismo Pulmonar
 - Otra → _____

Vigilancia: Acudió a Control No acudió a Control

Evolución:

- Remisión Espontánea a los 3 meses
- No hubo Remisión Espontánea a los 3 meses
- Falleció Si No



ANEXO 2

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**“Características Epidemiológicas y Clínicas de la Enfermedad
Trofoblástica Gestacional en el Hospital III Goyeneche Arequipa, 2007
– 2011”**

**PROYECTO DE TESIS PRESENTADO POR:
MARCO ANTONIO HUMPIRI APARACIO**

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano.

AREQUIPA - PERÚ

2012

I. PREAMBULO

La mola hidatidiforme forma parte de una entidad nosológica muy amplia denominada Enfermedad Trofoblástica Gestacional y constituye una entidad con aspectos bien explicados en cuanto a su diagnóstico y tratamiento que considero importantes de evaluar para poder prevenir, detectar y tratar adecuadamente.

La gestación molar es la presentación clínica más común de la enfermedad trofoblástica gestacional (2), su incidencia varía en las diferentes regiones del mundo (3), siendo 7 a 10 veces más frecuente en el sur de Asia que en Europa y Norteamérica. La frecuencia reportada en los diferentes países del mundo muestran una incidencia desde 0.26 por 1,000 nacidos vivos en Paraguay hasta 9.93 por 1,000 nacidos vivos en Indonesia. En el Sur de Asia oscila entre 3.2 a 9.9 por cada 1,000 gestaciones y en Norte América el rango es de 0.6 a 1.1 por 1,000 gestaciones. Los Estados Unidos reportan una frecuencia de aproximadamente 1 de cada 600 abortos terapéuticos y 1 de cada 1000 a 1200 embarazos (6).

En el Perú, se encuentra frecuencias diferentes, como de 1 en 213 y 241 para los Hospitales Arzobispo Loayza y María Auxiliadora, respectivamente, así como de 1 en 476, 488 y 665 para el Instituto Materno Perinatal, Hospital Cayetano Heredia de Piura y San Bartolomé (7, 8).

Durante el desarrollo de mi práctica clínica y en mi que hacer como interno de medicina, he tenido oportunidad observar con cierta frecuencia consultas en nuestro hospital de pacientes que presentan sintomatología clínicas sugerentes a la presencia de mola hidatidiforme o que acuden llevando consigo exámenes auxiliares, en especial ecografías en que el diagnóstico es sugerente a descartar la presencia de mola hidatidiforme, aunado a una serie de síntomas y signos clínicos de esta enfermedad.

Por lo anterior me veo motivado a realizar el presente estudio teniendo como finalidad identificar algunos aspectos epidemiológicos, clínicos, ecográficos y de laboratorio de las pacientes con mola hidatidiforme que acudieron al servicio de Ginecología del Hospital III Goyeneche desde los meses de enero del 2007 a diciembre del 2011.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

“¿Cuáles son las Características Epidemiológicas y Clínicas de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional en el Hospital III Goyeneche Arequipa, 2007 – 2011?”

1.2. DESCRIPCIÓN

a) Área de Intervención de Conocimiento

- **GENERAL:** Ciencias de la salud
- **ESPECÍFICA:** Medicina Humana
- **ESPECIALIDAD:** Ginecología y Obstetricia
- **LINEA:** Enfermedad Trofoblástica gestacional

b) Análisis de Variables



| VARIABLES | INDICADOR | SUBINDICADRES | ESCALA |
|--|---|--|--------------------|
| VARIABLE I.- CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS | Edad | < 15 años 15-19 años 20-24 años 25-29 años 30-34 años 35- 39años > 40 años | Numérica discreta |
| | Procedencia | Urbano Urbano marginal Rural | Categórica nominal |
| | Patología concomitante | Antecedente de enfermedad trofoblástica gestacional Otros | Categórica nominal |
| | Paridad | Nulípara Primípara Segundípara Múltipara Gran múltipara | Categórica ordinal |
| | Antecedente de aborto | Ninguno Uno Dos Tres o mas | Categórica nominal |
| VARIABLE II.- CARACTERÍSTICAS CLÍNCAS - Diagnósticas | Edad gestacional al momento de presentación | 1er trimestre 2do trimestre 3er trimestre | Numérica discreta |
| | Manifestaciones semiológicas | Sangrado vaginal Dolor en hipogastrio Ausencia de movimientos fetales Náuseas y vómitos Amenorrea | Categórica nominal |
| | Hallazgos al examen físico | Ausencia de signos fetales Sangrado vaginal Útero blando Altura uterina discordante Expulsión de vesículas semejantes a uvas | Categórica nominal |

| | | | |
|----------------|--|---|--------------------|
| | Hallazgos ecográficos | Aumento de tamaño uterino Ausencia fetal Presencia de estructuras embrionarias o fetales Presencia de quistes teca luteínica. Placenta Aumentada de tamaño conteniendo espacios quísticos Aborto incompleto Otros | Categórica nominal |
| | Hallazgos en los exámenes de laboratorio | β HCG Hemoglobina | Numérica discreta |
| | Hallazgos anatomopatológicos | Mola hidatidiforme Parcial Completa Mola invasiva Tumoración trofoblástica Coriocarcinoma | Categórica nominal |
| - Terapéuticas | Tratamiento | <u>Médico:</u> Misoprostrol transvaginal Oxitocina Ergometrina Antibióticos Metotrexate <u>Quirúrgico:</u> Legrado uterino Vacuum extractor o aspiración Histerectomía abdominal total | Categórica nominal |
| | Asistencia a seguimiento | Si No | Categórica nominal |
| - Evolución | Complicaciones | Ninguna Hemorragia Tromboembolismo pulmonar | Categórica nominal |
| | Resultado del seguimiento | Remisión espontánea a los 3 meses Sin remisión Fallecimiento | Categórica nominal |

c) Interrogantes Básicas

1. ¿Cuáles son las características epidemiológicas de las pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital III Goyeneche Arequipa, 2007 – 2011?
2. ¿Cuáles son las características clínicas de los pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital III Goyeneche Arequipa, 2007 – 2011?

d) Tipo de investigación

El presente estudio es de tipo descriptivo, observacional y retrospectivo.

JUSTIFICACIÓN

Originalidad:

El presente estudio tiene originalidad debido a que no presenta antecedentes similares realizados en nuestro medio.

Relevancia científica:

La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) agrupa una serie de alteraciones, tanto benignas como malignas, de las células trofoblásticas de la placenta humana, que constituyen, en sí mismas, neoplasias o predisponen a ellas. No son una sola entidad patológica, sino una amplia variedad cuya expresión más benigna estaría dada por la mola hidatidiforme, en cuyo extremo se hallaría el coriocarcinoma de alta mortalidad (1).

El reconocimiento de esta enfermedad como problema de salud pública, tanto nacional como internacionalmente, ha llevado al estudio de sus características epidemiológicas que nos revelan, hasta el momento, sólo parcialmente, la dimensión de esta entidad nosológica y su impacto poblacional.

Relevancia práctica:

Es de interés del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital III Goyeneche Arequipa, 2005 – 2011” estudiar el comportamiento epidemiológico, clínico, y el tratamiento de la mola hidatidiforme debido a que esta enfermedad se presenta de forma frecuente en nuestro hospital. El mejor conocimiento del problema permitirá disponer de evidencias científicas acerca de la conveniencia de utilizar los diferentes tratamientos que contribuyan a minimizar los efectos negativos de la enfermedad como la degeneración maligna, infertilidad, entre otros.

Relevancia Social:

Es necesario estudiar el comportamiento clínico epidemiológico de mola hidatidiforme. De esta manera se podría disminuir la morbimortalidad ofreciendo a los pacientes portadores de la misma un tratamiento oportuno, eficaz, económico con el más bajo índice de complicaciones y con la menor afectación reproductiva, familiar y laboral posible.

Contemporánea:

El trabajo es de actualidad ya que la mola hidatidiforme es una patología que se presenta de forma frecuente en nuestro hospital.

Factibilidad:

El trabajo es factible porque nos permite llevarlo a cabo en el grupo poblacional elegido, ya que se puede realizar en el campo asignado.

Interés personal:

Radica en el hecho de que por motivos de nuestro internado, se ha observado que la mola hidatidiforme es una enfermedad presente con cierta frecuencia en nuestro medio. Es por eso que llama mi atención el tratamiento de la misma ya que en el mundo actual se realizan otras alternativas terapéuticas que permiten mejorar la fertilidad futura de las pacientes con antecedente de mola hidatidiforme, haciendo que muchas de éstas logren tener embarazos a término siendo necesario entonces brindar un óptimo tratamiento y seguimiento a la enfermedad trofoblástica gestacional.

Contribución académica:

Contribuirá al mayor conocimiento sobre el tema, además puede dar origen a nuevos trabajos de investigación.

Concordancia con política investigativa:

La Universidad Católica de Santa María de la ciudad de Arequipa, en su permanente afán científico, busca desarrollar investigaciones acerca del comportamiento epidemiológico y clínico para el manejo de las diversas patologías que presenta la población, pueda aportar con nuevos conocimientos a la ciencia médica.



2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

La enfermedad trofoblástica se define como tumores derivados del trofoblasto gestacional, motivo por el cual van a tener las mismas propiedades que el trofoblasto fisiológico, es decir: producción de hormonas típicas de la placenta, como B-HCG entre otras, invasión tisular y vascular, y migración a distancia por vía hemática. Como esta constituida por trastornos de las células trofoblásticas de la placenta humana, por lo tanto, son tumores o alteraciones únicas en virtud del desarrollo de un aloinjerto: el producto anormal de la concepción; y su secreción un marcador la gonadotrofina coriónica humana, que ofrece un medio sensible y específico para identificar y vigilar la evolución de estos trastornos curables hoy en día (29).

El término *enfermedad trofoblástica gestacional* denota las anormalidades proliferativas trofoblásticas propias del embarazo. Antiguamente la clasificación de estas anormalidades era confusa, porque se les definía por criterios histológicos y signos clínicos. Conforme se acumuló experiencia se pudo observar que no era necesario el diagnóstico histológico para iniciar el tratamiento eficaz. Sobre tal base, se ha adoptado un sistema fundado más bien en hallazgos clínicos y cuantificaciones seriadas de los niveles de gonadotrofina coriónica humana en suero (*human chorionic gonadotropin*, hCG) (29).

En 1983 el *Scientific Group on Gestational Trophoblastic Diseases* de la Organización Mundial de la Salud publicó recomendaciones para la definición, la clasificación y la estadificación de la enfermedad trofoblástica. La clasificación mencionada fue actualizada recientemente por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. Esta enfermedad se ha dividido en dos grupos que son la *mola hidatiforme* y la *neoplasia trofoblástica gestacional posmolar*; esta última también ha sido denominada *enfermedad trofoblástica gestacional maligna* por el *American College of Obstetricians and Gynecologists* (1, 9).

2.2. MOLA HIDATIDIFORME (EMBARAZO MOLAR)

El embarazo molar se caracteriza histológicamente por anomalías de las vellosidades coriónicas que incluyen proliferación trofoblástica y edema del estroma veloso. Las molas por lo regular ocupan la cavidad uterina, aunque a veces aparecen en los oviductos e incluso en el ovario. Se ha utilizado la ausencia o la presencia de un feto o de elementos embrionarios para describirlas como *molas completas o parciales*. En muchos casos es difícil su clasificación (2, 6, 29).

2.3. HISTORIA

La historia de la enfermedad trofoblástica gestacional comienza 400 años AC, cuando Hipócrates hace la primera descripción de una Mola Hidatidiforme y la denomina por entonces hidropsia del Útero. Hertz recopiló alguna de las leyendas tradicionales que rodean el 1er. reconocimiento que hizo el hombre de las neoplasias trofoblásticas gestacionales, por Ejm: En el año 1,600 D.C. Aecio observó el parecido de las vesículas de la Mola Hidatidiforme con grandes gotas y creó el término "hidátide" que se deriva de la palabra griega *hydatis*, que significa "gota" (12, 14).

Margarita Hainault Condesa de Hannemborg, residente en la pequeña Ciudad de Loosduinen, cerca de la Haya un Viernes Santo de 1,276, "Dio a luz" el producto de un embarazo que causó asombro. La Condesa habla "traído al mundo 365 niños", Erasmo de Roterdan relataba esta historia y rechazaba la posibilidad del nacimiento de tan numerosos fetos o seres, en un mismo parto; ignoraban que eran vesículas correspondientes a un embarazo molar.

La comprensión realista de la enfermedad trofoblástica se inició cuando pudo llegarse a la verdad, tanto sobre la naturaleza epitelial del trofoblasto como sobre las relaciones de este con las neoplasias gestacionales. Las primeras descripciones de la etiología de las neoplasias trofoblásticas sugirieron que estos tumores eran de origen decidual, y por tanto, de tipo sarcomatoso. En 1894 Marchand ofreció datos que refutaban las diversas teorías sarcomatosas con base en su propia interpretación de los casos de las pacientes con coriocarcinoma. En 1903, año en que John H. Teacher, de Glasgow amplió el trabajo de Marchand y a continuación, no ha ocurrido un desacuerdo grave sobre la etiología epitelial de las neoplasias trofoblásticas gestacionales (16).

En 1947 Herting y Sheldon sugirieron una nueva clasificación de la Mola en grupos orientados sobre una base histológica (4).

En 1956 se curó, mediante quimioterapia la primera paciente de coriocarcinomametastásico. Entre los últimos años del decenio de 1960 y los primeros de 1970 aparecieron diferentes grupos de investigadores sobre esta enfermedad. El desarrollo formal del Regional Trofoblastic Centers, originó muchos progresos en el campo diagnóstico y terapéutico (12, 18).

La Mola Hidatidiforme es un trastorno en el que las vellosidades coriónicas se sobre distienden con líquido y aparecen como vesículas translúcidas que semejan uvas, de variadas dimensiones (22).

Las características histopatológicas de la Mola Hidatidiforme clásica o completa son:

- a) Edema intenso y crecimiento de las vellosidades.
- b) Desaparición de los vasos sanguíneos vellosos.
- c) Proliferación del trofoblasto de revestimiento de las vellosidades.
- d) Ausencia del tejido fetal.

“El embarazo molar parcial” casi siempre se diagnostica por estudio histológico del tejido expulsado en un “aborto espontáneo” y se diferencia de las Molas Hidatidiforme verdaderas (29).

Los avances en biología molecular se ha aplicado al estudio de la enfermedad trofoblástica gestacional encontrando algunos elementos que pueden explicar su etiopatogenia. Así, sabemos que las Molas hidatidiformes completas tienen un 90% de dotación diploide, 46 XX, pero con todos los cromosomas derivados del espermatozoide producto de la fecundación de un óvulo que ha perdido un cromosoma; el 10% restante procede de la fecundación de un óvulo vacío por 2 espermatozoides; en ambos casos el embrión muere, motivo por el cual no se encuentra feto en una Mola completa. En caso de mola parcial donde el cariotipo es triploide (69XXY) Y ocasionalmente tetraploide, es posible encontrar un feto (20, 29).

La hormona gonadotropina coriónica fue el primer marcador tumoral disponible, con presencia de niveles anormales, elevados de HCG y con características histopatológicas lo que constituye la base para el diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional (22).

2.4. MOLA HIDATIDIFORME COMPLETA

En este tipo de mola, las vellosidades coriónicas se transforman en una masa de vesículas claras cuyo diámetro varía desde minúsculas y apenas visibles, hasta las que tienen algunos centímetros y están dispuestas en racimos que penden de pedículos finos. De modo típico, la estructura histológica muestra:

1. Degeneración hidrópica y edema del estroma velloso.
2. Ausencia de vasos sanguíneos en las vellosidades edematosas.
3. Proliferación del epitelio trofoblástico, en grado variable.
4. Ausencia de feto y de amnios.

Como aspecto destacable, la *degeneración hidrópica o molar* que a veces se confunde en su imagen histológica con una mola verdadera, no ha sido considerada como enfermedad trofoblástica (3).

La composición cromosómica en 85% de los embarazos molares completos es de 46,XX y ambos cromosomas provienen del padre. El fenómeno anterior ha sido denominado androgénesis. De modo típico, el ovulo ha sido fecundado por un espermatozoide haploide que duplica sus propios cromosomas después de la meiosis. Los cromosomas del ovulo faltan ó están inactivos. En ocasiones el perfil cromosómico en una mola completa puede ser 46,XY por fecundación dispérmica (29).

Se describieron 200 molas hidatiformes, de las cuales 151 eran completas y 49 parciales. Alrededor de 85% de las completas eran diploides y también 85% de las parciales eran triploides. Se han identificado otras variaciones como 45,X. Por esta razón, una mola morfológicamente completa puede ser producto de diversas disposiciones cromosómicas (29).

2.5. MOLA HIDATIDIFORME PARCIAL

Cuando los cambios hidatidiformes son focales y menos avanzados y se identifican algunos elementos de tejido fetal, se utiliza el término de *mola hidatidiforme parcial*. Se advierte edema de evolución lenta dentro del estroma de las vellosidades

coriónicas característicamente avasculares, en tanto que están indemnes otras vellosidades vasculares con circulación fetoplacentaria funcional (27).

En Mola Hidatidiforme Parcial el modo típico es el cariotipo triploide: 69XXX, 69,XXY o 69,XYY y cada uno de ellos está compuesto de un grupo haploide de cromosomas proveniente de la madre y dos provenientes del padre. Se han señalado casos de molas parciales no triploides, pero algunos autores han cuestionado su existencia. En forma típica, el feto no viable de una mola parcial triploide muestra malformaciones múltiples. También es frecuente el crecimiento anormal y en una revisión 82% de los fetos tuvieron restricción simétrica del crecimiento (11, 15, 20, 21, 29).

En ocasiones se hace el diagnóstico equivocado de una gestación gemelar como mola completa y un feto y placenta normales como una mola parcial diploide. Es importante diferenciar entre las dos entidades porque los embarazos gemelares que consisten en un feto normal y una mola completa muestran un riesgo sustantivamente mayor de que se transforme en una neoplasia trofoblástica gestacional. En términos generales, en 20% de las molas completas surge neoplasia trofoblástica gestacional, en tanto que esta aparece solo en 0.5% de mujeres después de una mola parcial. En una revisión reciente de 77 casos de ese tipo, indicaron que 16% de mujeres cuyo embarazo fue terminado, en comparación con 21% de otras en quienes continuó la gestación, necesitaron quimioterapia contra la neoplasia trofoblástica gestacional. En otra revisión se detectó que de 113 embarazos en que una mola hidatiforme coexistió con un feto normal, 45% de los fetos llegaron a las 28 semanas de la gestación y la supervivencia de los productos fue de 70%. Por tal razón, cuando se orienta y aconseja a las mujeres respecto a que una mola y un feto coexisten, asumen importancia máxima los estudios citogenético y de ultrasonografía de alta resolución. También es pequeño el peligro de *coriocarcinoma* que surge de una mola parcial. Se describieron 3 000 casos de mola parcial e identificaron sólo tres de coriocarcinoma (5, 13, 25, 26, 29).

2.6. DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO DE LAS MOLAS HIDATIDIFORMES

Por lo general han generado resultados desalentadores los intentos de vincular la estructura histológica de las molas individuales completas, con su potencial maligno ulterior. Por ejemplo, no se pudieron definir con exactitud dicha relación en 120

mujeres con mola hidatidiforme no complicada o en 26 casos de coriocarcinoma que apareció después de un embarazo molar (29).

2.7. QUISTES DE TECA LUTEÍNICA

En muchos casos de mola hidatidiforme los ovarios contienen múltiples quistes de teca luteínica; su tamaño varía desde límites microscópicos hasta 10 cm o más de diámetro. Su superficie es lisa, a menudo amarillenta y están revestidos de células luteínicas. La incidencia de quistes manifiestos que acompañan a una mola, según señalamientos, va de 25 a 60%. Según expertos, son resultado de hiperestimulación de elementos luteínicos debido a las grandes cantidades de hCG secretada por las células trofoblásticas en proliferación. Se indicó que la neoplasia trofoblástica gestacional era más probable en mujeres con quistes de teca luteínica y en particular si afectaban ambos lados. Sin embargo, los quistes no se circunscriben a los casos de mola hidatidiforme y pueden acompañar a la hidropesía fetal, a la hipertrofia placentaria o a embarazo múltiple. Pueden presentar torsión, infarto y hemorragia. Después del nacimiento del producto hay regresión de los quistes y por ello no hay que realizar ooforectomía, salvo que el ovario muestre infarto extenso. Los grandes quistes ováricos pueden ser descomprimidos por aspiración en el caso de haber síntomas (3, 29).

2.8. INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO

La mola hidatidiforme aparece en 1 de cada 1000 embarazos en Estados Unidos y Europa. Ha sido notificada con mayor frecuencia en otros países, en particular en zonas de Asia y gran parte de la información se obtuvo de estudios en hospitales. La incidencia en gran parte del mundo, cuando proviene de estudios poblacionales, probablemente sea similar a la de Estados Unidos. No se ha esclarecido la participación del estado gravídico, los niveles de estrógeno, el consumo de anticonceptivos y los factores de la alimentación en el riesgo de enfermedad trofoblástica gestacional (23, 29).

2.9. EDAD

Se advirtió que la incidencia del embarazo molar alcanzaba el máximo en mujeres de 15 años o menores y en las de 45 años o mayores. En este último grupo, la frecuencia relativa de la lesión es 10 veces mayor, como mínimo, de la observada en mujeres de 20 a 40 años (23, 24).

2.10. MOLA PREVIA

La mujer con un embarazo molar previo tiene mayor peligro de que en un embarazo futuro se presente otra mola completa o parcial. En una revisión de 12 series con un total de 5 000 nacimientos, la frecuencia de molas recurrentes fue de 1.3%. Se señaló una frecuencia de 1.4% de repetición de molas en mujeres que habían tenido una mola completa y de 2.4% en quienes habían mostrado una mola parcial. Las molas repetitivas de mujeres con diferentes compañeros sexuales sugerirían que los problemas del ovocito culminan en el desarrollo de una mola (10, 28, 29).

2.11 EVOLUCIÓN CLÍNICA

El cuadro clínico inicial del embarazo molar ha cambiado notoriamente en los últimos 20 años. El hecho de contar con ecosonografía y con la medición cuantitativa de los niveles séricos de hCG, permite el diagnóstico más temprano. Hay mayor posibilidad de que los síntomas sean más importantes con la mola completa que con la parcial (7, 13)

2.11.1 HEMORRAGIA

La hemorragia uterina es un signo casi unánime y varía desde unas gotas de sangre hasta muy abundante. Puede comenzar exactamente antes del aborto, o con mayor frecuencia las mujeres en estos casos pueden sangrar de manera intermitente durante semanas o incluso meses. En ocasiones existe una hemorragia intensa oculta dentro del útero. Es frecuente la anemia por deficiencia de hierro y en algunas mujeres con molas de gran tamaño se advierte un efecto dilucional por la hipervolemia notable inducida por el embarazo.

2.11.2 TAMAÑO DEL ÚTERO

El útero suele crecer con mayor rapidez de lo usual y aproximadamente en la mitad de los casos, rebasa el tamaño previsto para la edad gestacional. Debido a su consistencia blanda puede ser difícil la identificación del útero por palpación. En ocasiones es difícil diferenciar entre los quistes ováricos de teca luteínica y el útero crecido.

2.11.3 ACTIVIDAD FETAL

A pesar de que el útero crece en grado suficiente para rebasar la sínfisis del pubis, de manera típica no se detecta latido cardíaco en el feto. En contadas ocasiones hay degeneración molar extensa pero incompleta en la placenta, que acompaña a un feto vivo.

2.11.4 HIPERTENSIÓN GESTACIONAL

La hipertensión causada por el embarazo rara vez se identifica antes de las 24 semanas, pero la preeclampsia que aparece antes de dicha edad gestacional puede provenir de la mola hidatidiforme o de degeneración molar extensa (20).

2.11.5 HIPEREMESIS

En ocasiones surgen náuseas y vómitos intensos. Como dato interesante, ninguna de las 24 molas completas revisadas y publicadas en un estudio se acompañaron de preeclampsia, hiperémesis o hipertiroidismo clínico (7).

2.11.6 TIROTOXICOSIS

Los niveles de tiroxina en plasma en mujeres con embarazo molar a menudo aumentan, pero pocas veces hay hipertiroidismo clínicamente manifiesto. Aproximadamente en el 2% de las pacientes, se identifica

hipertiroidismo. En dichas situaciones hay aumento de la tiroxina libre en suero como consecuencia del efecto tirotrófico de hCG (29).

2.11.7 EMBOLIZACIÓN

Diversas cantidades de células trofoblásticas con estroma vellosa o sin el salen del útero y pasan a la corriente venosa en el momento de la evacuación molar. El volumen puede alcanzar proporciones tales que originen signos y síntomas de embolia pulmonar aguda o edema pulmonar. La embolización con abundante tejido trofoblástico probablemente es poco común, aunque se han descrito algunos casos de muerte. A pesar que lo mencionado, este tejido puede invadir más tarde el parénquima pulmonar y originar metástasis (8, 29).

2.12 SIGNOS DIAGNÓSTICOS

Es muy probable que se expulse cerca de la semana 16 y rara vez ocurre después de las 28 semanas. La exactitud diagnóstica máxima se obtiene por la imagen ecosonográfica característica de la mola hidatiforme. En ocasiones otras estructuras tienen una imagen similar a la de una mola, como serían el mioma uterino y el embarazo múltiple.

En resumen, los signos clínicos y diagnósticos de una mola hidatidiforme completa son:

1. Salida continua o intermitente de material pardo o sanguinolento, a las 12 semanas, por lo común en cantidades moderadas.
2. Agrandamiento del útero que no guarda proporción con la duración del embarazo en cerca de 50% de las pacientes.
3. Ausencia de partes fetales o de latido cardíaco del producto.
4. Imagen ultrasonográfica característica.
5. Nivel de hCG sérico mayor del esperado para la etapa de la gestación.
6. Preeclampsia - eclampsia que surge y evoluciona antes de la semana 24.
7. Hiperémesis gravídica.

2.13. PRONÓSTICO

La mortalidad de embarazos molares ha disminuido prácticamente a cero gracias al diagnóstico expedito y al tratamiento apropiado. Sin embargo, la evacuación más temprana no ha disminuido el riesgo de 20% de neoplasia trofoblástica gestacional. Según los datos de vigilancia de 738 mujeres de 1962 a 1978 después de evacuar una mola hidatidiforme. En 81% de los casos hubo regresión espontánea probada, en tanto que el resto del grupo presentó neoplasia trofoblástica gestacional (23, 29).

2.14 Tratamiento

Como resultado de una mayor conciencia y perspicacia y la certeza de una mejor tecnología para el diagnóstico, las molas son resueltas con mayor frecuencia cuando son pequeñas. Hay tiempo de evaluación adecuada de la mujer, que puede mostrar anemia, hipertensión o hipovolemia. El tratamiento de la mola hidatidiforme consta de dos fases. La primera es la evacuación inmediata y la segunda la evaluación subsiguiente para identificar proliferación trofoblástica o cambios cancerosos persistentes. Salvo que haya otros datos de enfermedad extrauterina, no se practica sistemáticamente la tomografía computarizada ni la resonancia magnética para valorar el hígado o el encéfalo.

Un dilema terapéutico poco común es el caso raro de embarazo gemelar con una mola hidatidiforme completa y además un feto y una placenta, particularmente en caso de no haber aberraciones cariotípicas ni anomalías fetales macroscópicas. En caso de continuar el embarazo, no se han definido los riesgos para la gestante ni la posibilidad de tener hijos sanos (29).

2.14.1 QUIMIOTERAPIA PROFILÁCTICA

No hay consenso en cuanto a la utilidad de la quimioterapia profiláctica en mujeres con una mola hidatidiforme porque la terapia no mejora el pronóstico a largo plazo. Además, los efectos tóxicos de la quimioterapia profiláctica pueden ser graves e incluir la muerte. Cabe considerar la práctica de la quimioprofilaxis en mujeres con molas completas de alto

riesgo, particularmente si no se puede cuantificar hCG en suero o es imposible la vigilancia seriada (3, 29).

2.14.2 LEGRADO POR ASPIRACIÓN

El legrado por aspiración es el tratamiento mas indicado en la mola hidatidiforme, independientemente del tamaño del útero. En el caso de molas grandes es importante disponer de sangre compatible y establecer un sistema intravenoso para su aplicación rápida si es necesario. En ocasiones se necesitan medicamentos que dilaten el cuello. El cuello uterino puede dilatarse mejor con la anestesia y alcanzar un diámetro suficiente para permitir la introducción de una legra de aspiración (plástico) de 10 a 12 mm. Después de que por aspiración se ha extraído la mayor parte del tejido molar, se aplica oxitocina. Una vez contraído el miometrio, se hace un *legrado suave pero completo* con una legra quirúrgica grande. La ecusonografiatransoperatoria puede ser útil para corroborar que se ha vaciado completamente la cavidad uterina (29).

2.14.3 OXITOCINA, PROSTAGLANDINAS E HISTEROTOMÍA

En Estados Unidos rara vez se induce la primera fase del parto para evacuar una mola hidatidiforme; de hecho, hay muchos autores que piensan que la terminación médica de la gestación y la histerotomía no son útiles en el tratamiento (29).

2.14.4 HISTERECTOMÍA

Si la mujer no desea procrear más, se prefiere la histerectomía al legrado por aspiración. La extirpación del útero es un método lógico en una mujer de 40 años y mayores, porque de ese grupo, como mínimo, 33% terminan por presentar neoplasia trofoblástica gestacional. La extracción del útero no elimina la posibilidad que reaparezca la enfermedad, pero reduce apreciablemente tal posibilidad (29).

2.15. VIGILANCIA DEL EMBARAZO MOLAR

Es indispensable la vigilancia minuciosa y constante de estas mujeres, con los objetivos siguientes:

1. Evitar el embarazo durante seis meses, como mínimo y para ello utilizar anticonceptivos hormonales.
2. Medir cada dos semanas los niveles séricos de hCG; tal estrategia seriada es importante para detectar neoplasia trofoblástica e incluso puede identificar cantidades pequeñísimas de tejido trofoblástico. Dichos niveles deben disminuir poco a poco hasta no ser detectables.
3. La quimioterapia no está indicada mientras persista la regresión de los niveles séricos. El incremento de dichos niveles o la fase de estabilización duradera de dicho nivel, obliga a emprender estudios de evaluación en busca de neoplasia trofoblástica gestacional y tratarla. El incremento indica que hay proliferación trofoblástica muy probablemente maligna, salvo que la mujer esté embarazada de nuevo.
4. Una vez que se normalizan los niveles de hCG, se les medirá cada mes durante seis meses; pasado este lapso se interrumpe la vigilancia y se permite a la mujer embarazarse.

Los anticonceptivos con estrógeno y progestágeno y la medroxiprogesterona en depósito se utilizan para evitar un nuevo embarazo en el periodo de vigilancia. Se estudió el efecto de los anticonceptivos en la aparición ulterior de neoplasia trofoblástica gestacional en 162 mujeres con mola hidatidiforme y 137 con un tumor trofoblástico. Observaron que los anticonceptivos orales eran mejores que los métodos de barrera o el empleo del dispositivo intrauterino para aminorar el peligro de que surgiera la neoplasia mencionada. Durante la vigilancia, 33% de las usuarias de anticonceptivos orales mostraron dicha neoplasia, en comparación con cerca de 50%, de aquellas que utilizaron otros métodos (29).

3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A nivel Local y Nacional

Se ha encontrado los siguientes estudios a nivel local:

3.1.- Título: Aspectos Clínicos y Epidemiológicos de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional entre Enero de 1980 y Diciembre de 1995. Tesis Médico Cirujano

Autora: Mafalda Elizabeth Morales Toia

Lugar y Fecha: Hospital Honorio Delgado de Arequipa, UCSM 1996

Resumen:

La Enfermedad Trofoblástica Gestacional es una patología de relativa frecuencia en nuestro medio, que tiende a mostrar grandes variaciones en el tiempo. Agrupa una serie de alteraciones tanto benignas como malignas, siendo la expresión más benigna, la Mola Hidatidiforme y en el otro extremo estaría el Coriocarcinoma de Alto Riesgo.

Se hizo un estudio descriptivo de los aspectos clínicos y epidemiológicos en esta entidad en un lapso de 16 años (1980 – 1995) en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, encontrándose una frecuencia de 1 mola por cada 333 embarazos, siendo el grupo de mayor riesgo las pacientes entre 20 y 24 años de edad, con antecedente de 1 a 2 gestaciones previas. El síntoma principal fue el sangrado genital (95.8%) sólo o asociado a otros síntomas, cuadro que se presentó entre las 5 y 12 semanas de gestación. El diagnóstico se realizó fundamentalmente por Ecosonografía, incrementándose su uso en los 5 años de estudio en relación a los primeros 11 años (1980 – 1990), además se muestra la alta sensibilidad de esta (91.7%). El tratamiento de elección fue el Legrado Uterino (95.8%). Se encontró además, que sólo el 26.5% de pacientes tuvo vigilancia postevacuación a pesar de las consecuencias o complicaciones que sabemos esta puede acarrear.

3.2.- Título: Estudio de la Mola Hidatidiforme. Enero 1984 a Diciembre 1990. Tesis Bachiller en Medicina.

Autor: Jainor Antonio Benavente Bellido

Lugar y Fecha: Hospital Central del Sur Block B de Arequipa, UNSA 1991.

Resumen: Se realizó un estudio Retrospectivo de 73 casos de Mola Hidatidiforme, con diagnóstico Clínico e Histológico, en el Hospital Central del Sur Block B de Arequipa, en el período de Enero 1984 a Diciembre 1990. Se encontró una frecuencia de 1 Mola

por cada 187 embarazos y por cada 160 partos. Promedio de la edad de presentación fue de 31 años. El 56.2% tenían entre 25 a 34 años de edad. El 78.1% eran casadas y el 53.4% tenían grado de Instrucción Superior. El 32.9% eran Profesionales, mayormente Profesoras. El 71.3% de las Pacientes eran procedentes de Arequipa. El 100% de las pacientes en estudio pertenecían a un nivel socio-económico de clase media.

La edad gestacional oscilaba entre las 13 y 20 semanas (45.1%) con un promedio de 12 semanas y media, de edad gestacional de las pacientes. El procedimiento de evacuación uterina más usado fue el Legrado Uterino y se llevó cabo en el 97.2% de los casos.

Se reportó 6 casos de Mola Hidatidiforme Persistente, 8.2% de los casos, de ellos solo el 2.7% recibió tratamiento con citostáticos. El 2.8% se reporta como Mola Invasiva, de ellas el 1.4% recibió quimioterapia. Un caso evolucionó a Coriocarcinoma, 1.4% del total de casos.

No se produjeron muertes inmediatas ni directamente relacionadas con la Mola Hidatidiforme, durante el tratamiento intra-hospitalario, ni en el seguimiento que se realizó a los pacientes.

En el 72.6% se realizó algún tipo de control y/o seguimiento de las pacientes con Mola.

En el 4.1% se realizó control con dosaje de Fracción Beta de la HCG.

3.3.- Título: Mola Hidatidiforme. Tesis Bachiller en Medicina

Autor: Aurelio Merello Vega

Lugar y Fecha: Hospital Regional No. 2 De Seguro Social de Arequipa, UNSA 1976.

Resumen:

Se estudia 52 molas hidatidiformes con diagnóstico histopatológico, en el Hospital Regional N° 2 del Seguro Social del Perú, Arequipa, reunidas durante el periodo Abril 1962 – Setiembre 1976. Se encontró una frecuencia de una mola hidatidiforme por cada 384 embarazos. El 54 % de las pacientes tenían de 25 a 34 años de edad, y la edad promedio fue 32.5 años. El 85% de las pacientes tenían 4 o menos gestaciones previas, incluso la mayoría de las pacientes de 40 o más años de edad tenían 4 o menos gestaciones previas. El signo más común fue la hemorragia uterina 94%. El tamaño uterino mayor se encontró en el 21% de los casos. El diagnóstico correcto antes de la evacuación uterina fue realizado en el 40% de las pacientes. El procedimiento de evacuación usado fue el legrado uterino instrumental que se empleó en 90% de las pacientes. En la serie estudiada se encontró dos casos de embarazo tubario molar, un caso de mola hidatidiforme recurrente. No hubo degeneración maligna. En un sub grupo

del total de la serie se evaluó el pronóstico obstétrico, es decir, de los embarazos post mola, encontrándose que a parte de un incremento en la tasa de abortos, siguieron un curso normal. No hubo muertes inmediatas ni directamente relacionadas con la mola hidatidiforme.

3.4.- Título: Enfermedad Trofoblástica Gestacional, Enero 1973 a Diciembre 1992.
Tesis Bachiller en Medicina.

Autor: Duilio Valdivia Tejada

Lugar y Fecha: Clínica Arequipa, UNSA 1993.

Resumen:

Se realizó un estudio retrospectivo analizando las historias de Enfermedad Trofoblástica de la Gestación durante los 20 años de existencia de Clínica Arequipa S.A., institución privada de salud. Se encontraron 51 casos de ETG de los cuales 3 historias clínicas faltaron.

Se encontró una frecuencia de un caso de ETG por cada 233 embarazos normales. La mayor frecuencia ocurrió en pacientes de 25 a 35 años de edad. Se presentaron 2 casos de coriocarcinoma y 1 caso de mola parcial.

La mayoría de pacientes no tuvieron antecedentes de aborto, y más de la mitad de ellas tuvieron 3 o menos partos antes de la ocurrencia de la ETG.

El síntoma más frecuente fue la hemorragia genital, la ecografía tuvo una certeza diagnóstica del 83%.

El tratamiento más utilizado en este estudio fue el legrado uterino, le seguía muy de cerca la histerectomía. En los casos de coriocarcinoma se aplicó quimioterapia.

La gran mayoría de pacientes no tuvo complicaciones.

Se ha encontrado los siguientes estudios a nivel Nacional:

3.5.- Título: Enfermedad Trofoblástica Gestacional. Estudio Retrospectivo, Enero 1985 – Diciembre 1989. Tesis Bachiller en Medicina.

Autora: Adela Lourdes Ticona Herrera

Lugar y Fecha: Hospital Maternidad de Lima, UNSA 1991.

Resumen:

Se hace el estudio retrospectivo de 302 casos de enfermedad Trofoblástica gestacional, en el Hospital Maternidad de Lima entre 1985 y 1989. Se encontró una frecuencia de

1:559 gestaciones para la mola hidatidiforme, y 1: 14 775 para coriocarcinoma; lo que hace una incidencia de 1.79 x 1 000 gestaciones para la mola, y de 0.07 x 1 000 embarazos para el coriocarcinoma.

La mayor frecuencia se halló en la tercera década de la vida. La mayoría de las pacientes no tuvo control pre-natal, y acudieron a la consulta entre 9 y 16 semanas de gestación.

Los síntomas y signos principales fueron: ginecorragia 97.68%, dolor hipogástrico, 74.17%, útero aumentado de tamaño para la edad gestacional 47.35%, náuseas y vómitos 30.46% y eliminación vesicular 21.52%, hipertensión arterial 5.3%. Los exámenes auxiliares más útiles fueron la ecografía y el dosaje de gonadotropinas coriónicas.

El método más empleado para la terminación del embarazo fue el legrado uterino. El tratamiento consistió en medidas generales y 13 pacientes (4.31%) recibieron quimioterapia.

Se halló el 78.81% de pacientes que cursó sin complicaciones, y el tiempo de hospitalización promedio fue de 9.39 días. La asistencia al seguimiento fue deficitaria, pero el grupo que acudió a su control se comprobó la curación de 32.12% del total de pacientes; y se detectó a 17 pacientes (5.33%) que hicieron formas persistentes de la enfermedad, las cuales recibieron tratamiento quimioterápico adecuado.

3.6.- Título: Enfermedad del Trofoblasto: Algunos Aspectos Epidemiológicos, Clínicos y Terapéuticos, 1964 – 1980 Tesis Doctoral

Autor: Horacio Chavez Salinas

Lugar de Fecha: Hospital Regional del Cuzco, UNMSM 1981

Resumen:

Se estudiaron 107 casos de enfermedad del trofoblasto que se presentaron en un lapso de 16 años en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Regional del Cusco, a 3 300 metros sobre el nivel del mar. El 87.87% corresponde a mola hidatidiforme, el 1.86% a mola invasora y el 10.27% a coriocarcinoma.

Esta enfermedad es más frecuente en las pacientes de bajo nivel socioeconómico y cultural (1:246 partos) en comparación con las pacientes de elevado nivel (1:679 partos). El 76.64% corresponden a población rural, el 71.98% se dedican a labores de agricultura, el 80.39% son analfabetos o con instrucción primaria incompleta y el 85.06% son convivientes.

La frecuencia observada es alta con una relación de 1:380 de mola hidatidiforme, 1:17 877 de mola invasora y 1:3 250 de coriocarcinoma. La edad de la mayoría de las pacientes (48.64%) se encontraba entre 20 a 29 años. El mayor porcentaje de casos corresponde a multigestas (65.41%).

La hemorragia vaginal fue el signo que se presentó con mayor frecuencia (91.58%). La hiperemesis gravídica que se observó en el 73.83% y la toxemia en el 71.02% pueden orientar al diagnóstico correcto de mola. La mayor altura uterina en relación a la edad del embarazo alcanzó el 69.15% de los casos.

El diagnóstico pre operatorio fue correcto en el 74.77% y erróneo en el 25.23% de las pacientes. El diagnóstico anatomopatológico fue del 78.53% de las molas vesiculares, el 1.86% de las molas invasoras y el 10.27% de los coriocarcinomas.

La conducta terapéutica en la mayoría de los casos (84.10%) fue el legrado uterino con raspado diagnóstico realizado a los 7 días siguientes. Como tratamiento complementario se usó el Methotrexate en el 71.96% de las molas.

El 81.30% de las pacientes tratadas por enfermedad del trofoblasto han concurrido al hospital para consultar por nuevas gestaciones (54.20%) y por otras enfermedades. Sobreviven más de 5 años el 42.96%, menos de cinco años el 38.36% e ignorándose la situación del 15.88%. La tasa de mortalidad materna por esta enfermedad es de 1.01 por 10,000 nacidos vivos.

3.7.- Título: Factores de Riesgo Asociados a Pacientes con Mola Hidatidiforme, Enero 1995 – Mayo 1997. Tesis Médico – Cirujano

Autora: Marlene Luz Cano Castro

Lugar y Fecha: Instituto Materno Perinatal, UNMSM 1998

Resumen:

Se estudiaron en el Instituto Materno Perinatal (IMP) Maternidad de Lima cien (100) pacientes con enfermedad trofoblástica, entre enero de 1995 a mayo de 1997, sobre un total de 51 302 embarazos.

El grupo etareo en que se presentó fue el comprendido entre los 20 – 29 años con 53%, seguido por el grupo de menores de 20 años con 22%.

El 76% de las pacientes Procedió de zona urbana.

Ama de casa fue declarado como actividad en el 84 %. El 71% fue de nivel socioeconómico bajo. El 53% eran multíparas, un 33% eran primíparas y un 14% gran

multíparas. El antecedente de importancia fue el aborto, el 27% tuvo aborto previo. Sin especificar el tipo de aborto.

La edad gestacional, en el primer y segundo trimestre se observó casi igual (38 y 37%) y el 18% no se consignó.

3.8.- Título: Estudio de Mola Hidatiforme, Enero 1978 a Diciembre 1988. Tesis Bachiller en Medicina

Autor: Robinson Jaime Rodríguez Cornejo

Lugar y Fecha: Hospital de Apoyo Carlos Monge Medrano de Juliaca, UNSA 1989

Resumen:

Se realizó un estudio retrospectivo de 40 casos de Mola Hidatiforme con diagnóstico Clínico y Macroscópico en el Hospital de Apoyo Carlos Monge Medrano de Juliaca, los que fueron atendidos durante 11 años entre Enero de 1978 a Diciembre de 1988. Se encontró una frecuencia de una mola hidatiforme por cada 236 embarazos y una por cada 205 partos.

El 60% de las pacientes tenían de 20 a 29 años de edad. El 67.5% de ellas eran convivientes y el 57.5% tenían como grado de instrucción la primaria.

El 37.5% dedicaban su tiempo al comercio, el 72.5% de las pacientes eran procedentes de Juliaca y el 100% habían nacido en lugares situados por encima de los 3 000 metros sobre el nivel del mar. El 65% de las pacientes en estudio pertenecían a un nivel Socio-económico, bajo.

El signo más frecuente fue la hemorragia uterina en el 87.5%. El tamaño uterino mayor para la edad gestacional se encontró en el 45% de los casos. El diagnóstico correcto antes de la evacuación uterina fue realizado en el 52.5%. La edad gestacional oscilaba entre las 12 y 18 semanas con 55% de las pacientes. El procedimiento de evacuación uterina más usado fue el legrado uterino y se llevó a cabo en el 97.5% de 108 casos.

No se reportaron casos de malignización, tampoco se produjeron muertes inmediatas ni directamente relacionadas con la mola hidatidiforme durante el tratamiento intrahospitalario.

3.9.- Título: Correlación Ultrasonográfica e histopatológica de la enfermedad trofoblástica gestacional 2002 – 2003. Tesis Especialista Gineco – Obstetricia

Autor: Victor Jacobo Aguilar Flores

Lugar y Fecha: Hospital Arzobispo Loayza, UNMSM 2004

Resumen:

Objetivo: Determinar la correlación entre el diagnóstico ultrasonográfico y el diagnóstico histopatológico en pacientes con enfermedad Trofoblástica gestacional en el Hospital Arzobispo Loayza de Lima – Perú durante el periodo comprendido entre enero del 2002 y diciembre del 2003.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de todos los casos histológicamente demostrados de enfermedad trofoblástica gestacional. Se requirió que las pacientes tengan una evaluación ultrasonográfica previa a la evacuación uterina, y se correlacionó los hallazgos ultrasonográficos con el diagnóstico histológico. Se obtuvo el nivel de beta-hCG al momento del diagnóstico y características demográficas y obstétricas de las pacientes.

Resultados: Se identificó 37 pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional comprobada. De estas, 25 tuvieron diagnóstico histológico de mola hidatidiforme completa y 12 de mola hidatidiforme parcial. Los reportes ultrasonográficos tuvieron una precisión del 94,6% para sugerir el diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional. Hubo dos casos de enfermedad trofoblástica gestacional que tuvieron diagnósticos previos a la evacuación de aborto incompleto y mioma uterino.

Conclusiones: La ultrasonografía tiene un rol importante en el diagnóstico preoperatorio de la enfermedad trofoblástica gestacional, principalmente mola hidatidiforme. Debe considerarse el diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional aun en ausencia de colección endometrial compleja o quistes teca luteínicos.

3.10.- Título: Estudio de las Características Clínico-Epidemiológicas de la Enfermedad del Trofoblasto Gestacional durante los años 2001 – 2005

Trabajo de Investigación Especialista Gineco – Obstetricia

Autor: Nadia Gabriela Castro Reyes

Lugar y Fecha: Instituto Nacional Materno Perinatal, UNMSM 2007

Resumen:

Objetivos: Identificar las características clínicas y epidemiológicas de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional (ETG) en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) durante los años 2001 a 2005.

Material y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Se estudiaron todos los casos de ETG registrados en las Historias Clínicas y confirmados por anatomía patológica durante los años 2001-2005 en el INMP.

Resultados: En este periodo fueron estudiadas 349 pacientes con diagnóstico de ETG que cumplieron con los criterios de inclusión, observándose una distribución anual de casos casi homogénea, siendo la Tasa de Prevalencia promedio encontrada de 3.7 por mil partos

El promedio de edad en nuestro estudio fue de 27.3 años. El grupo etáreo más frecuente fue el de 20 a 34 años, (63.9% de los casos). La duración del embarazo promedio fue de 12.1 +/- 5.1 semanas. El 1,7 % de las pacientes fueron iletradas y el 56.7 % Nulíparas. La ausencia de Control Prenatal fue de 98.9%. También se encontró que el 44.7% tuvieron un Embarazo de Término, el 20.9% un Aborto y el 3.7% un Embarazo Molar anterior. En patologías previas se encontró la Tuberculosis pulmonar como el antecedente con mayor frecuencia (14%) y el 7.2% tenía antecedentes de Cirugías previas. El 86% de las pacientes tuvieron Hemorragia Uterina de intensidad Leve y la tasa de Anemia fue de 69.9%.

En el 47% de los casos se encontró un Útero de tamaño mayor al Tiempo de Amenorrea, La presencia de Quistes Tecaluteínicos por ecografía se asoció al 5.2% de los casos de ETG, mientras que solo el 1.4% expulsó Vesículas.

El valor promedio de la cifra de B-HCG sérico encontrado es de 175 833.7 mUI/ml. La diferenciación anatomopatológica de la ETG nos mostró que el 73.6% fueron Molares Completas, el 18.6% Molares Parciales, y el 0.6% Coriocarcinoma. En las Radiografías de Tórax el 55.9% tuvieron un informe radiográfico normal. En el 22.3 % fue anormal el Perfil de Coagulación.

El 77.7% se resolvió con Legrado Uterino, en el 9.2% AMEU, (AMEU y luego LU) en el 3.7%, en solo el 1.1% se requirió Histerectomía, y en el 0.6% Histerotomía – Histerectomía.

Conclusión: La Tasa de Prevalencia en nuestro hospital es mas alta que en el resto del país. Se observó que la mayoría de los casos corresponden a patología benigna, siendo

la forma de Mola Completa la preponderante. Los siguientes factores se relacionaron con mayor frecuencia a ETG: Edad reproductiva media (20 a 34 años), Nuliparidad, Útero de tamaño mayor al de la Edad Gestacional correspondiente, Hemorragia Uterina de intensidad Leve. Anemia y Ausencia de CPN. Los factores que se asocian con mayor frecuencia a Mo1a Completa y Parcial son: edad entre 20 a 34 años y Anemia Severa como complicación. Los factores que se asocian con mayor frecuencia a Hemorragia de intensidad Moderada son: edad mayor de 34 años y tamaño uterino mayor al tiempo de amenorrea

3.11.- Título: Enfermedad Trofoblástica Gestacional, 1996 – 2003. Tesis Médico – Cirujano

Autor: Martín Alejandro Alí Garate

Lugar y Fecha: Hospital Nacional Edgardo RebagliatiMartins UNMSM 2004

Resumen:

Objetivo: Conocer la frecuencia de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional; así como las características sociodemográficas, clínicas, métodos diagnósticos y el tratamiento recibido por parte de estas pacientes.

Material y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo, en base a la revisión de las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de Enfermedad Trofoblástica Gestacional atendidas en el Hospital Nacional Edgardo RebagliatiMartins entre 1996 y 2003.

Resultados: Se encontró una incidencia de Enfermedad Trofoblástica Gestacional igual a 0.86/1000 partos y de coriocarcinoma igual a 0.05/1000 partos. La edad media de presentación fue de 32.2 años, estando el mayor grupo etáreo entre los 25 – 30 años. El síntoma más frecuente fue la ginecorragia (78.9%) Se presentó anemia moderada en el 17.7% de las pacientes, el 60% de las pacientes presentaron valores elevados de Beta HCG para la edad gestacional. El tratamiento más utilizado fue el legrado uterino (55.8%), el 53.9% recibió previamente análogos de prostaglandinas (misoprostol). El 13.5% recibió quimioterapia, con un 100% de remisión. No se evidenciaron metástasis.

Conclusiones: La incidencia encontrada es menor a la presentada en otros estudios realizados en la región. El síntoma más descrito fue la ginecorragia. El tratamiento más utilizado sigue siendo el legrado uterino.

4. OBJETIVOS

1. Determinar las características epidemiológicas de las pacientes enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital III Goyeneche Arequipa, 2007 – 2011-
2. Identificar las características clínicas en las pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital III Goyeneche Arequipa, 2007 – 2011



III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. TÉCNICAS

Para el análisis de las variables de estudio se utilizará como técnica la observación documental.

1.2. INSTRUMENTOS

Se aplicará como instrumento la ficha de recolección de datos, la cual permitirá consignar todos los datos referidos a las variables de estudio.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. UBICACIÓN ESPACIAL

La investigación será realizada en el Hospital III Goyeneche Arequipa, 2007 – 2011, el mismo que está ubicado en la Avenida Goyeneche S/N, en el Distrito del Cercado, en la Provincia y Departamento de Arequipa.

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL

El presente estudio abarcará el período de enero del año 2007 hasta el mes de diciembre del año 2011.

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO

2.3.1. Población

Estará conformada por todas las pacientes que presentaron diagnóstico de mola hidatidiforme entre el mes de enero del año 2007 hasta el mes de diciembre del año 2011 y que fueron atendidas en el Hospital III Goyeneche.

2.3.2. Muestra

Para el desarrollo del presente estudio no se trabajará con una muestra sino con el total de la población de pacientes que presentaron mola hidatidiforme durante el período señalado. Se incluirá en el estudio a las pacientes que cumplieran con los siguientes criterios:

De inclusión:

- Pacientes mujeres sin límite de edad, que presentaron diagnóstico médico – quirúrgico y/o anatomopatológico de mola hidatidiforme durante el período 2007 – 2011.
- Pacientes cuyas historias clínicas consignaron todos los datos necesarios para la medición de las variables de estudio.

De exclusión:

- Pacientes con historias clínicas incompletas.
- Pacientes fallecidas antes del tratamiento.

La muestra de estudio estará conformada por pacientes que cumplan los criterios de inclusión. Las unidades de análisis serán las historias clínicas.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. ORGANIZACIÓN

- Una vez autorizada la realización del estudio, se procederá a la identificación de la población y a solicitar el número de historia clínica correspondiente.

- Luego se realizará la revisión de todas las historias clínicas de las pacientes que habían presentado el diagnóstico de mola hidatidiforme y que cumplieran con los criterios de inclusión señalados. La recolección de datos será realizada por el investigador.

3.2. PLAN DE ANÁLISIS

- Una vez concluida la recolección de datos, se procederá a la elaboración de la base de datos en el Programa Excel y del análisis estadístico de los resultados, el cual consistirá en la aplicación de estadística descriptiva con pruebas de tendencia central como promedio, mediana, moda, desviación estándar, valores mínimos y máximos de las variables cuantitativas y frecuencia y porcentaje para las variables categóricas.

3.3. RECURSOS

Humanos:

El investigador: Marco Antonio Humpiri Aparicio
Alumno de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María.

Tutor: Dr. José Santos Yucra Incahuanaco
Médico Cirujano – Especialista en Ginecología y Obstetricia
C.M.P. 41269

Institucionales:

Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María.

Biblioteca de la U.C.S.M.

Biblioteca de la U.N.S.A.

Hospital III Goyeneche.

Materiales:

Historias clínicas, libro de registro de atención, ficha de recolección de datos, material de escritorio, computadora, paquete estadístico.

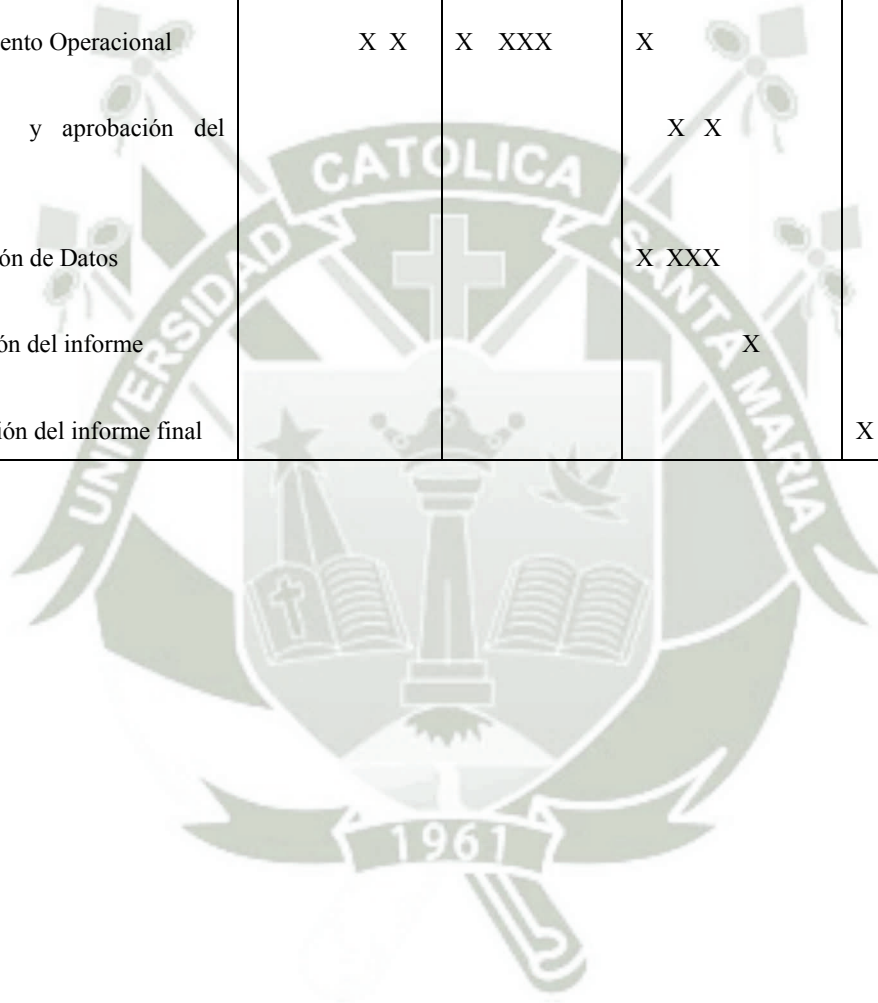
Financieros:

La investigación se solventará con recursos propios del investigador.



IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

| TIEMPO / ACTIVIDADES | Setiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre |
|------------------------------------|-----------|---------|-----------|-----------|
| Planteamiento Teórico | X X | | | |
| Planteamiento Operacional | X X | X XXX | X | |
| Revisión y aprobación del proyecto | | | X X | |
| Recolección de Datos | | | X XXX | |
| Elaboración del informe | | | X | |
| Presentación del informe final | | | | X |



V. BIBLIOGRAFIA

1. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG): Practice Bulletin #53. Diagnosis and treatment of gestational trophoblastic disease. *ObstetGynecol* 103:1365, 2004
2. Benirschke K, Kaufmann P: *Pathology of the Human Placenta*, 4th ed. New York, Springer-Verlag, 2000
3. Berkowitz RS, Goldstein DP: Chorionic tumors. *N Engl J Med* 335:1740, 1996
4. Briceño R.I. “Algunos aspectos de la Enfermedad trofoblástica gestacional en Venezuela” *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. Vol 4-4 (2) : 100 – 129 1984.
5. Bruchim I, Kidron D, Amiel A y otros: Complete hydatidiform mole and a coexistent viable fetus: Report of two cases and review of the literature. *GynecolOncol* 77: 197, 2000
6. Chauhan S, Diamond MP, Johns DA: A case of molar ectopic pregnancy. *FertilSteril* 81: 1140, 2004
7. Coukos G, Makrigiannakis A, Chung J y otros: Complete hydatidiform mole. A disease with a changing profile. *J ReprodMed* 44:698, 1999
8. Delmis J, Pfeifer D, Ivanisevic M y otros: Sudden death from trophoblastic embolism in pregnancy. *Eur J ObstetGynecolReprodBiol* 92:225, 2000
9. FIGO Oncology Committee: FIGO staging for gestational trophoblastic neoplasia 2000. *Int J GynecolObstet* 77:285, 2002
10. Garner EIO, Lipson E, Bernstein MR y otros: Subsequent pregnancy experience in patients with molar pregnancy and gestational trophoblastic tumor. *J Reprod Med* 47:380, 2002

11. Genest DR, Ruiz RE, Weremowicz S y otros: Do nontriploid partial hydatidiform moles exist? J Reprod Med 47:363, 2002
12. Hammond CH. Neoplasias Trofoblásticas Gestacionales “Historia de los Conocimientos Actuales. Ginecología y Obstetricia”. Temas Actuales .Vol. 3:431 338, 1998
13. Hancock BW, Tidy JA: Current management of molar pregnancy. J ReprodMed 47:347, 2002
14. Hertz R.T. “Choriocarcinoma and related gestacionaltrofoblastic tumors in women” New York, Raven Press P.I.
15. Jauniaux E: Partial moles: Frompostnatalprenataldiagnosis. Placenta 20:379, 1999
16. Marchand F. “Uber das malignechorioepithelium, nebstmitteilung von 2 neuen fallen” Z. Geburtgynaekol 39:173, 1898.
17. Lawler SO, Fisher RA, Dent J: A prospective genetic study of complete and partial hydatidiform moles. Am J ObstetGynecol 164:1270, 1991
18. Li Mc Hertz R, Spencer DB: “Effect of Methotrexate Therapy on Choriocarcinoma and choriadenoma”, Proc. Soc. Exp. Bio. Med. 93:361, 1956
19. Miller DS, BallonSC, Teng NNH: Gestational trophoblastic diseases. In Brody SA. Ueland K (eds): Endocrine Disorders in Pregnancy. Norwalk, CT, Appleton and Lange, 1989, p 451
20. Navarro AME, Castellanos RJ, Cardona GO, Torres GLG. Embarazo gemelar con mola hidatidiforme parcial y feto vivo coexistente: comunicación de un caso. GinecolObstetMex 2008; 76(5):275-9.

21. Philipp T, Grillenberger K, Separovic ER y otros: Effects of triploidy on early human development. *PrenatDiagn*, 24:276, 2004
22. Schwarcz, R Leopoldo, Carlos A. Duverges, Angel G. Díaz y Ricardo H. Fescina Obstetricia “Embarazo Patológico: Hemorragia del Primer Trimestre, Mola Hidatidiforme” 6ta. Edición Ateneo. Pág. 220 – 225 2005.
Buenos Aires : El Ateneo. 2001
23. Schorge JO, Goldstein DP, Bernstein MR y otros: Recent advances in gestational trophoblastic disease. *J Reprod Med* 45:692, 2000
24. SebireNJ, Foskett M, Fisher RA y otros: Risk of partial and complete hydatidiform molar pregnancy in relation to maternal age. *Br J ObstetGynaecol* 109:99, 2002a
25. SebireNJ, Foskett M, Parainas FJ y otros: Outcome of twin pregnancies with complete hydatidiform mole and healthy co-twin. *Lancet* 359:2165, 2002b
26. Seckl MJ, Fisher RA, Salerno G y otros: Choriocarcinoma and partialhydatidiform moles. *Lancet* 356:36, 2000
27. Shapter AP, McLellan R: Gestational trophoblastic disease. *ObstetGynecolClin North Am* 28:805, 2001
28. Tuncer ZS, Bernstein MR, Wang J y otros: Repetitive hydatidiform mole with different male partners. *GynecolOncol* 75:224, 1999
29. Williams, F Gary Cunningham MD, Paul C. Mac Donald MD, Norman F. Gant MD Kenneth J. Leveno MD Larry C. Gilstrap III MD Obstetricia “Enfermedad trofoblástica” 4ta. Edición Masson S. A. Pág. 736 – 742 1996.

ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA No.

1. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

Edad: < 15 años 30-34 años
 15-19 años 35- 39años
 20-24 años > 40 años
 25-29 años

Procedencia:
 Urbano
 Urbano-Marginal
 Rural

Patología concomitante

Antecedente de enfermedad trofoblástica gestacional Si hubo
 No hubo

Otros _____

Paridad:

Primigesta Nulípara
 Segundigesta → Primípara
 Multigesta → Nulípara
 Primípara
 Segundípara
 Multípara
 Gran Multigesta → Nulípara
 Primípara
 Segundípara
 Multípara
 Gran Multípara

Antecedente de Aborto: Ninguno Tres o mas
 Uno
 Dos

Resultado de Anatomía Patológica:

- Mola hidatidiforme
 - Mola Completa
 - Mola Parcial
- Mola invasiva
- Tumoración trofoblastica
- Coriocarcinoma
- Complicaciones No Si →
 - Hemorragia
 - Hipertensión Arterial
 - Hiperemesis
 - Embolización
 - Tirotoxicosis
 - Tromboembolismo Pulmonar
 - Otra →

Vigilancia: Acudió a Control No acudió a Control

Evolución:
 Remisión Espontánea a los 3 meses
 No hubo Remisión Espontánea a los 3 meses
Falleció Si No