



Universidad de Costa Rica

Sistema de Estudios de Posgrado en Especialidades Médicas

Enfermedad trofoblástica gestacional: incidencia, manejo y análisis clínico-histológico en las pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología en el Hospital San Juan de Dios en el período comprendido entre los años 2010 y 2018.

Trabajo final de Graduación sometido a la consideración del Comité de la Especialidad en Ginecología y Obstetricia para optar por el grado y título de Especialista en Ginecología y Obstetricia

Sustentante:

Dra. Marcia Villalobos Coto

Tutora:

Dra. Virya Castro Acuña

Médico Asistente Especialista en Ginecología y Obstetricia

Hospital San Juan de Dios

San José, 2020

AGRADECIMIENTOS.

Agradecer infinitamente a Dios por permitirme cumplir mi mayor sueño profesional.

A la Dra. Virya Castro Acuña por todo su tiempo, colaboración, orientación y ayuda en la realización de este trabajo de graduación. Al personal del Servicio de Estadística y Archivo Clínico que colaboraron con la recopilación de los expedientes.

A los Profesores del Postgrado en Ginecología y Obstetricia por toda su ayuda, enseñanzas y apoyo durante la Residencia. A todos mis compañeros de Residencia por su amistad, cariño y apoyo, sin ustedes no lo hubiera logrado.

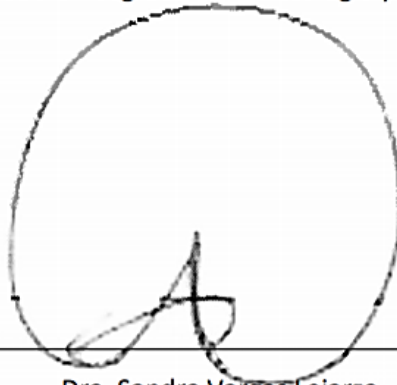
En especial a mi Familia que han sido mi mayor apoyo, que han estado a mi lado con sus consejos, amor y comprensión para cumplir mi meta. También a todos mis amigos que de una u otra manera me han apoyado y Profesores que marcaron mi camino para ser la profesional que soy hoy en día.

CARTA DE ACEPTACIÓN.

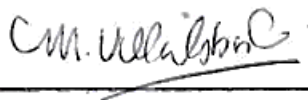
Este trabajo final de graduación fue aceptado por la Subcomisión de la Especialidad en Ginecología y Obstetricia del Programa de Posgrado en Especialidades Médicas de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar por el grado y título de Especialista en Ginecología y Obstetricia.



Dra. Flory Morera González
Coordinadora Posgrado de Ginecología y Obstetricia



Dra. Sandra Vargas Lejarza
Coordinadora Nacional Comité Investigación



Dra. Marcia Villalobos Coto

Sustentante

AUTORIZACION.



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

SEP Sistema de
Estudios de Posgrado

Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, Marcia Villalobos Coto, con cédula de identidad 1-1055-0764, en mi condición de autor del TFG titulado Enfermedad trofoblástica gestacional: incidencia, manejo y análisis clínico-histológico en las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología en el Hospital San Juan de Dios en el período comprendido entre los años 2010 y 2018.

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI NO *

*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: _____ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.

TABLA DE CONTENIDOS.

AGRADECIMIENTOS.....	II
CARTA DE ACEPTACIÓN.....	III
AUTORIZACION.....	IV
TABLA DE CONTENIDOS.....	V
LISTA DE FIGURAS.....	VI
LISTA DE TABLAS.....	VII
LISTA DE GRÁFICOS.....	VIII
LISTA DE ABREVIATURAS.....	IX
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. METODOLOGÍA.....	5
3. RESULTADOS.....	9
4. DISCUSIÓN.....	19
5. CONCLUSIONES.....	21
6. BIBLIOGRAFÍA.....	22
7. ANEXO.....	25

LISTA DE FIGURAS.

Figura 1. Metodología para seleccionar los expedientes de salud para el estudio de las pacientes con diagnóstico de ETG. Servicio de Ginecología. HSJD, años 2010-2018..... 10

LISTA DE TABLAS.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las pacientes con diagnóstico de ETG. Servicio de Ginecología. HSJD, años 2010-2018.....	11
Tabla 2. Distribución según paridad de las pacientes con diagnóstico de ETG. Servicio de Ginecología. HSJD, años 2010-2018.....	13
Tabla 3. Distribución de las pacientes según presentación clínica al momento del diagnóstico de ETG. Servicio de Ginecología. HSJD, años 2010-2018.....	14
Tabla 4. Distribución de las pacientes según la realización de Sub β hCG al momento del diagnóstico de ETG. Servicio de Ginecología. HSJD, años 2010-2018.....	15
Tabla 5. Distribución de las pacientes con diagnóstico de ETG según los hallazgos del ultrasonido realizado al ingreso. Servicio de Ginecología. HSJD, años 2010-2018.....	15
Tabla 6. Distribución de las pacientes según diagnóstico ingreso. Servicio de Ginecología. HSJD, años 2010-2018.....	16
Tabla 7. Distribución de las pacientes por estudios complementarios realizados al ingreso. Servicio de Ginecología. HSJD, años 2010-2018.....	16
Tabla 8. Distribución de las pacientes según el procedimiento realizado para obtención de tejido. Servicio de Ginecología. HSJD, años 2010-2018.....	17
Tabla 9. Distribución de las pacientes con diagnóstico de ETG que siguieron control en la consulta externa. Servicio de Ginecología. HSJD, años 2010-2018.....	18
Tabla 10. Distribución de las pacientes por seguimiento en Consulta Externa según medición de sub β hCG cuantificada semanal y mensual. Servicio de Ginecología. HSJD, años 2010-2018...	18
Tabla 11. Distribución de las pacientes con diagnóstico de ETG según tiempo de seguimiento en la consulta externa. Servicio de Ginecología. HSJD, años 2010-2018.....	19

LISTA DE GRÁFICOS.

Gráfico 1. Distribución de las pacientes con diagnóstico de ETG según presencia de morbilidad asociada. Servicio de Ginecología. HSJD, años 2010-2018..... 12

Gráfico 2. Distribución de pacientes según el uso de método anticonceptivo previo al diagnóstico de ETG. Servicio de Ginecología. HSJD, años 2010-2018..... 13

Gráfico 3. Distribución de las pacientes según estirpe histológica de ETG diagnosticada. Servicio de Ginecología. HSJD, años 2010-2018..... 17

LISTA DE ABREVIATURAS.

ETG: enfermedad trofoblástica gestacional

MHP: mola hidatidiforme parcial

MHC: mola hidatidiforme completa

MI: mola invasora

CC: coriocarcinoma

TSIP: tumor del sitio de inserción placentaria

sub β Hcg: sub unidad beta de la hormona gonadotropina coriónica humana

UCR: Universidad de Costa Rica

HSJD: Hospital San Juan de Dios

NTG: neoplasia trofoblástica gestacional

ETGP: enfermedad trofoblástica gestacional persistente

RESUMEN.

Objetivo: Describir las características de la enfermedad trofoblástica gestacional en las pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología en el Hospital San Juan de Dios en el período comprendido entre los años 2010 y 2018. **Materiales y métodos:** Estudio observacional – descriptivo. De tipo longitudinal retrospectivo. Revisión de expedientes. **Población:** total de pacientes a las que se diagnosticó enfermedad trofoblástica gestacional, se excluyó a las pacientes que en los reportes de biopsia se descartó la patología y las pacientes que no corresponden al área de atracción del Hospital. **Resultados:** la edad gestacional promedio al momento del diagnóstico es de 13.1 semanas; el síntoma más común de presentación fue el sangrado y dolor pélvico; la estirpe histológica más frecuente fue la mola completa; 50% de las pacientes cursaban en su primer embarazo; el método más frecuente de evacuación fue la aspiración más LUI. **Conclusiones:** Se confirma que la presentación clínica más frecuente es como complicación del embarazo temprano y los síntomas más frecuentes encontrados fueron el dolor y el sangrado. No se logró demostrar la relación entre el uso de anticonceptivos y desarrollo de ETG. Se confirma que la mola completa es el tipo histológico más frecuente. El diagnóstico de la ETG se está haciendo cada vez a edades gestacionales más tempranas. Se confirma que el método de evacuación más frecuentemente utilizado es el aspirado más legrado uterino instrumental. No se logró documentar la presencia de alguna variante neoplásica. **Palabras clave:** enfermedad trofoblástica gestacional, mola hidatidiforme, legrado por aspiración

ABSTRACT.

Objective: Describe the characteristics of gestational trophoblastic disease in patients treated at the Gynecology Service at San Juan de Dios Hospital in the period between 2010 and 2018.

Materials and methods: Observational - descriptive study. Retrospective longitudinal type.

Review of files. **Population:** total number of patients diagnosed with gestational trophoblastic disease, patients whose pathology was ruled out in the biopsy reports and patients who do not

correspond to the Hospital's area of attraction were excluded. **Results:** average gestational age at

diagnosis is 13.1 weeks; the most common presenting symptom was bleeding and pelvic pain; the

most frequent histological lineage was complete mole; 50% of patients were in their first

pregnancy; the most frequent method of evacuation was aspiration + UIL. **Conclusions:** It is

confirmed that the most frequent clinical presentation is as a complication of early pregnancy and

the most frequent symptoms found were pain and bleeding. The relationship between contraceptive

use and the development of GTD could not be demonstrated. It is confirmed that the complete

mole is the most frequent histological type. The diagnosis of GTD is being made increasingly at

earlier gestational ages. It is confirmed that the most frequently used evacuation method is the

instrumental uterine aspiration + curettage. It was not possible to document the presence of any

neoplastic variant. **Key words:** gestational trophoblastic disease, hydatidiform mole, suction

curettage.

1. INTRODUCCIÓN.

La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) es una entidad que se caracteriza por la aparición de una proliferación anormal del trofoblasto placentario y del genoma paterno con una contribución materna ocasional (1); que incluye procesos benignos: mola hidatidiforme parcial (MHP) y completa (MHC) y malignos: mola invasora (MI), coriocarcinoma (CC) y tumor del sitio de inserción placentaria (TSIP) poco habituales y que tienen como marcador tumoral único y característico la gonadotropina coriónica humana (sub β hCG) (2).

En cuanto a la historia de la enfermedad trofoblástica, la literatura documenta que las primeras descripciones de esta patología las hizo Hipócrates alrededor del año 4 a.C cuando hablaba de la hidropesía del útero o retención de líquidos en el útero. En 1700 William Smellie hizo una descripción morfológica más completa y fue el primero en utilizar los términos mola e hidatídico (3,4). Para inicios del siglo XX, Fels y colaboradores demuestran el exceso de hormona gonadotrofina coriónica en orina de las mujeres con embarazo molar, estableciendo así el marcador tumoral para esta afección (4).

En un estudio europeo en donde se estudiaron especímenes de abortos se menciona una incidencia variable que oscila entre 1/212 en Perú hasta 1/1000 en Europa y Estados Unidos. (5)

En Costa Rica el Dr. Zamora Vargas en su estudio realizado entre 1977 – 1989 reporta para esa época en el Hospital Monseñor Sanabria de Puntarenas una incidencia de enfermedad trofoblástica en 1 de cada 655 embarazos normales y la posibilidad de dar origen a un tumor trofoblástico gestacional a partir de una enfermedad trofoblástica gestacional era de 8.9 por cada 100 embarazos (6).

Actualmente no se cuenta en la base de datos de la Universidad de Costa Rica (UCR) algún otro estudio realizado en Costa Rica ni en el Hospital San Juan de Dios (HSJD) sobre la epidemiología de la enfermedad trofoblástica gestacional.

La enfermedad trofoblástica gestacional puede presentarse después de cualquier proceso gestacional (aborto, embarazo a término, mola previa o embarazo ectópico).

La presentación clínica de esta patología se ha reportado en todos los grupos etarios de mujeres en edad reproductiva, describiendo en la literatura ser más frecuentes en las pacientes en los extremos de la vida (menores de 16 años y mayores de 40) (7, 8).

Entre los factores de riesgo mencionados en la literatura para el desarrollo de la ETG se menciona que el principal es la edad materna (mayor a 40 años), el antecedente de una ETG en embarazo previo, uso de anticoncepción previo al embarazo (8, 9,10).

El diagnóstico de una mola hidatidiforme se hace usualmente durante el primer trimestre de un embarazo. El síntoma más común es el sangrado anormal que puede ir acompañado de un aumento del tamaño del útero mayor a lo esperado para la edad gestacional, ausencia de latido cardíaco fetal, hiperémesis gravídica, aumento anormal de sub β -hCG para la edad gestacional y visualización de lesiones quísticas en ambos ovarios por medio del ultrasonido (11).

Entre las diferentes entidades de la enfermedad trofoblástica gestacional, se describe en la literatura que la más frecuente es la mola completa (90%), seguido de la mola parcial (8%) y el coriocarcinoma (2%) (12).

El tratamiento de la ETG se enfoca en dos aspectos fundamentales: *la evacuación* siendo el método preferido el legrado por aspiración y *el seguimiento* monitorizando a la paciente con niveles de sub β -hCG cada semana hasta que los niveles de sub β -hCG sean indetectables; si existen 2 tomas semanales consecutivas indetectables, se procede a distanciar las muestras a cada mes por un período de 6 meses; si aún se mantienen indetectables se toman muestras cada 2 meses por 6 meses. Es obligatorio recomendar la anticoncepción de estas pacientes por al menos un año (duración del seguimiento). (7)

La neoplasia trofoblástica gestacional (NTG) o también llamada enfermedad trofoblástica gestacional persistente (ETGP) se diagnostica por la secreción anormalmente elevada y prolongada de sub β -hCG después del suceso gestacional. (1)

El estudio tiene como objetivo general describir las características de la enfermedad trofoblástica gestacional en las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología en el Hospital San Juan de Dios en el período comprendido entre los años 2010 y 2018. Y como objetivos específicos identificar la presentación clínica, factores de riesgo y tipo histológico más frecuente; valorar el método de diagnóstico, seguimiento y tratamiento de las pacientes diagnosticadas con enfermedad trofoblástica gestacional y conocer las complicaciones más frecuentes detectadas en las pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional (relacionado con el desarrollo de NTG).

2. METODOLOGÍA

2.1 Características de la población de estudio:

2.1.1 Número total de participantes: La población de estudio son todas aquellas pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión, en el período 2010-2018, en el Servicio de Ginecología en el Hospital San Juan de Dios. La población diana son aquellas pacientes incluidas en la población de estudio en las que se diagnosticó una enfermedad trofoblástica gestacional para el período 2010-2018, en el Servicio de Ginecología en el Hospital San Juan de Dios.

2.1.2 Criterios de inclusión de los participantes:

- Pacientes ingresadas en el durante el período establecido (2010 – 2018) que tuvieron como diagnóstico alguna de las presentaciones de enfermedad trofoblástica gestacional.
- Pacientes que fueron ingresadas con un diagnóstico diferente a enfermedad trofoblástica gestacional pero que al revisar los reportes de biopsia de tejido se detectó la presencia de enfermedad trofoblástica gestacional.

2.1.3 Criterios de exclusión.

- Pacientes que se ingresaron con el diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional y que al revisar los reportes de biopsia de tejidos se descartó la patología.
- Pacientes en que se revisó los reportes de biopsia y presentaban diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional pero las no corresponden al área de atracción del Hospital San Juan de Dios.

2.2 Diseño y procedimientos:

2.2.1 Cronograma del estudio: Se realizó revisión de expedientes de salud de las pacientes que fueron ingresadas en el Servicio de Ginecología en el Hospital San Juan de Dios en el período comprendido entre los años 2010 y 2018. La revisión de los mismos se inició en setiembre del 2019. Dando reporte de avance al Comité Ético científico cada 3 meses y reporte final en julio del 2020.

2.2.2 Diseño del estudio: Estudio observacional – descriptivo. De tipo longitudinal retrospectivo. Revisión de expedientes.

2.3 Consideraciones estadísticas:

2.3.1 Variables del estudio.

- Presentación clínica: edad, signos y síntomas
- Factores de riesgo: edad, anticoncepción
- Tipo histológico: completa, parcial, NTG
- Método diagnóstico: ultrasonido, laboratorios
- Tratamiento: método de evacuación
- Complicaciones: desarrollo de NTG

2.3.2 Método para el análisis de datos: Se realizó un análisis, descripción e interpretación de cada una de las variables estudiadas por separado, clasificándolas por categorías como se indica en el ANEXO. Definición operativa de las variables de estudio. Se confeccionó una hoja de recolección de datos elaborada en Excel como archivo único donde se recolectó la información necesaria para el estudio. A esta hoja de datos solo tuvo acceso el investigador principal por medio de una contraseña confidencial.

2.3.3 Cálculo del tamaño de la muestra: Para la recolección de los datos se solicitó al Servicio de Estadística del Hospital San Juan de Dios una lista con la cantidad de casos de enfermedad trofoblástica gestacional egresadas del Servicio de Ginecología entre los años 2010 – 2018. Así mismo se solicitó al Servicio de Patología una lista con los casos que fueron tramitados en ese servicio que tenían como diagnóstico cualquiera de las presentaciones de enfermedad

trofoblástica gestacional. Se decidió utilizar la base de datos del Servicio de Patología por contener el mayor número de casos. El programa de biopsias de patología no permite seleccionar espacio de tiempo por lo que se incluyeron todos los casos desde el año 2002 que fue el año que empezó a funcionar el programa hasta el 2018. Se obtuvo un total de 381 casos.

2.3.4 Mediciones y estimaciones.

Medidas de tendencia central

- Media ponderada
- Mediana
- Moda

Medidas de dispersión

- Varianza
- Desviación estándar

2.3.5 Poder estadístico: no aplica

2.3.6 Análisis secundarios: se analizó la existencia un adecuado registro o subregistro del diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional.

2.4 Identificación de participantes, reclutamiento y consentimiento:

2.4.1 Método de identificación y reclutamiento: se estudió la población de pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología en el Hospital San Juan de Dios en el período comprendido entre los años 2010 y 2018, por medio de los Expedientes de Salud los cuales se

solicitaron al Archivo Clínico y se trataron bajo la confidencialidad del caso. Para la identificación de las pacientes se utilizó un número consecutivo para cada expediente (diferente al número de cédula)

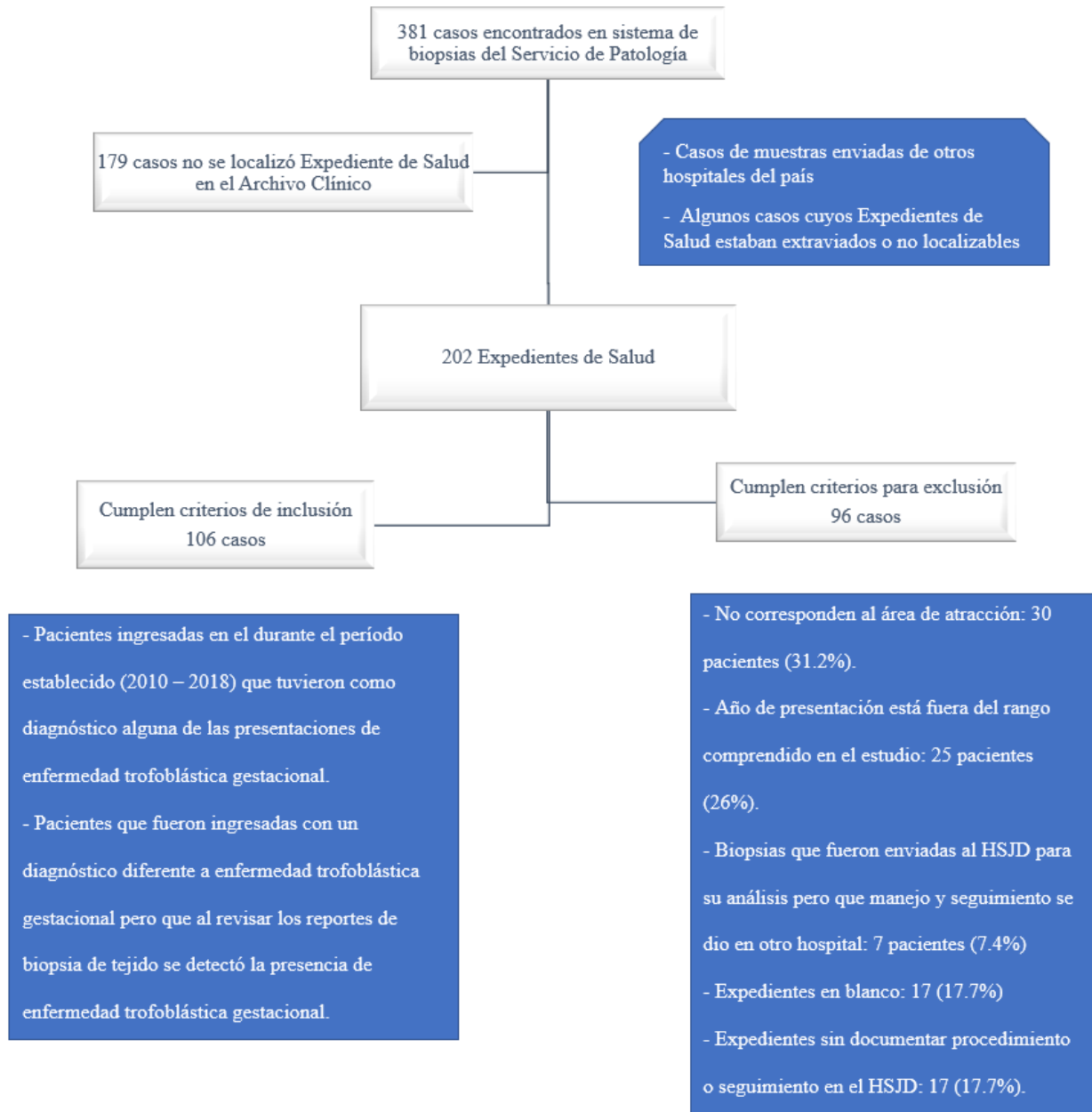
3. RESULTADOS

De los 381 casos encontrados, un total de 179 casos no se localizó el Expediente de Salud en el Archivo Clínico. Esto obedece principalmente a casos de muestras enviadas de otros hospitales del país y algunos casos cuyos Expedientes de Salud estaban extraviados o no localizables. De los 202 casos restantes que sí correspondían al HSJD y con acceso al Expediente de Salud, 96 casos fueron excluidos por los siguientes motivos:

1. No corresponder al área de atracción: 30 pacientes (31,2%).
2. Año de presentación está fuera del rango comprendido en el estudio: 25 pacientes (26%).
3. Biopsias que fueron enviadas al HSJD para su análisis pero que manejo y seguimiento se dio en otro hospital: 7 pacientes (7,4%)
4. Expedientes en blanco: 17 (17,7%)
5. Expedientes sin documentar procedimiento o seguimiento en el HSJD: 17 (17,7%).

Por tanto, el estudio se realiza con base a la información de 196 Expedientes de Salud (ver Figura 1).

Figura 1. Metodología para seleccionar los expedientes de salud para el estudio de las pacientes con diagnóstico de ETG. Servicio de Ginecología. HSJD, años 2010-2018.



Fuente: Expediente de Salud, HSJD.

A continuación, se presentan los hallazgos encontrados relacionados a factores de riesgo, presentación clínica, diagnóstico, hallazgos histológicos, tratamiento, seguimiento y hallazgos de complicaciones asociadas.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las pacientes con diagnóstico de ETG. Servicio de Ginecología. HSJD, años 2010-2018.

Características sociodemográficas	Número	Porcentaje
<i>Año de diagnóstico</i>		
2010	8	7,5
2011	9	8,5
2012	7	6,6
2013	10	9,5
2014	15	14,2
2015	13	12,2
2016	12	11,3
2017	15	14,2
2018	17	16
<i>Lugar de residencia</i>		
Alajuelita	18	17
Santa Ana	16	15,1
Pavas	15	14,2
Escazú	15	14,2
Hatillo	14	13,1
San José, Central	10	9,4
Ciudad Colón	8	7,6
Puriscal	8	7,6
Barrio Cuba	2	1,8
<i>Grupo etario</i>		
Menor de 20 años	24	22,6
Entre 21-29 años	45	42,4
Entre 30-39 años	28	26,5
Mayores de 40 años	9	8,5

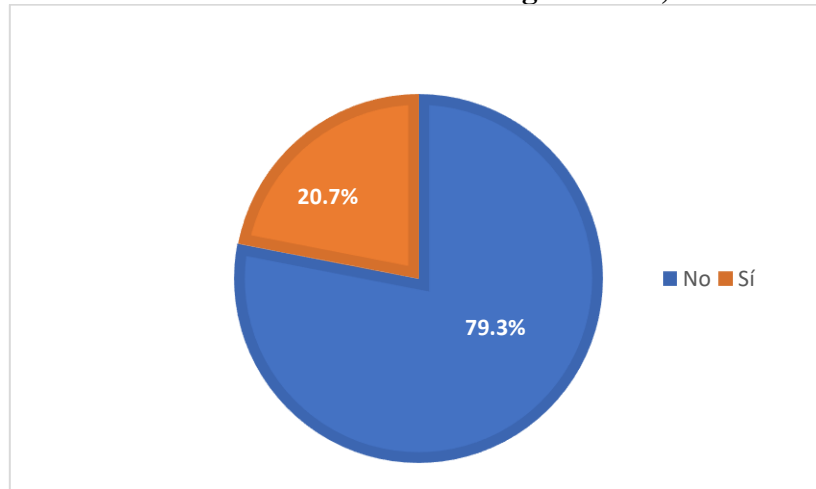
Fuente: Expediente de Salud, HSJD.

Como se observa en la tabla 1, a partir del año 2014, se observa un incremento en el diagnóstico de la ETG, siendo el año 2018 en el que más casos se diagnosticaron. Con respecto al lugar de residencia se encontró que Alajuelita, Santa Ana, Pavas, Escazú y Hatillo son 5 los

cantones con mayor cantidad de casos diagnosticados. El grupo etario comprendido entre los 21-29 años es el que presenta mayor cantidad de casos (42.4%), mientras que el 31.1% de los casos fue diagnosticado en el grupo de menores de 20 años y mayores de 40 años.

En el gráfico 1 se muestra como 84 pacientes (79,3%) no tenían antecedente de patologías crónicas asociadas. Las restantes 22 pacientes (20,7%) presentaron enfermedades crónicas como asma, epilepsia, hiperplasia suprarrenal congénita, hipertensión arterial, lupus eritematoso sistémico y diabetes mellitus.

Gráfico 1. Distribución de las pacientes con diagnóstico de ETG según presencia de morbilidad asociada. Servicio de Ginecología. HSJD, años 2010-2018.



Fuente: Expediente de Salud, HSJD.

En la tabla 2 se muestra la distribución de las pacientes por número de embarazos, se encuentra que el 50% de los casos se presentaron en pacientes que se encontraban en su primer embarazo y solo dos casos en pacientes con gran multiparidad (6 embarazos).

Tabla 2. Distribución según paridad de las pacientes con diagnóstico de ETG. Servicio de Ginecología. HSJD, años 2010-2018.

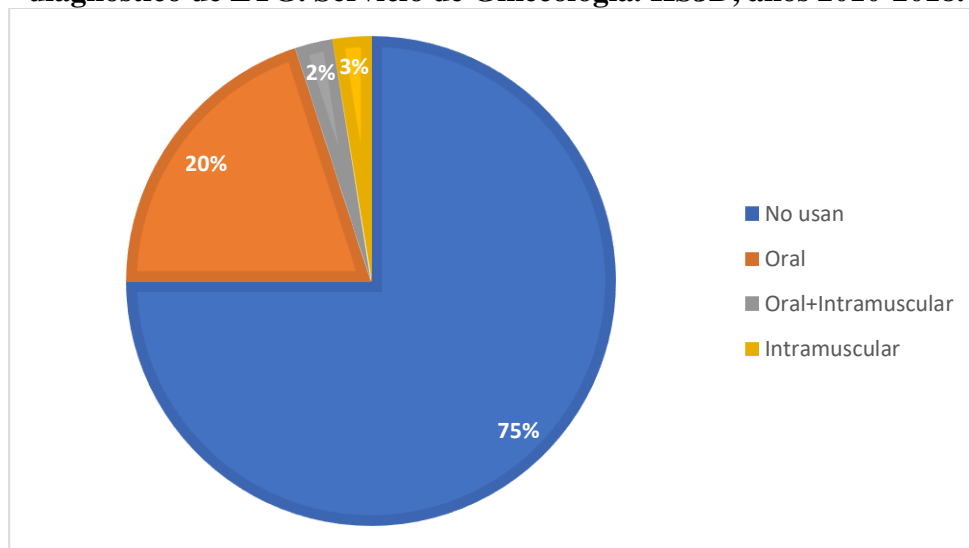
Paridad	Número	Porcentaje
G1	53	50
G2	20	18,9
G3	16	15
G4	8	7,6
G5	7	6,6
G6	2	1,9
Total	106	100

Fuente: Expediente de Salud, HSJD.

Por otra parte, el promedio de edad gestacional al momento del diagnóstico es de 13.1 semanas, con un rango entre 6,5 y 22,1 semanas.

Del gráfico 2 se observa que el 75 % de las pacientes no utilizaban ningún método anticonceptivo al momento del diagnóstico de ETG. Y de las que refirieron el uso de algún método anticonceptivo, los anticonceptivos orales fue el más utilizado.

Gráfico 2. Distribución de pacientes según el uso de método anticonceptivo previo al diagnóstico de ETG. Servicio de Ginecología. HSJD, años 2010-2018.



Fuente: Expediente de Salud, HSJD

Cabe destacar que no se consignó en ninguno de los expedientes la forma en que fue concebido el embarazo (espontáneo o terapia de reproducción asistida - TRA).

La tabla 3 presenta la distribución de los pacientes por hallazgos en el examen físico al momento del diagnóstico de la ETG, se encontró que ninguna paciente presentó expulsión de tejido placentario, mientras más de un 50% presentó como síntoma más común el sangrado y dolor pélvico.

Tabla 3. Distribución de las pacientes según presentación clínica al momento del diagnóstico de ETG. Servicio de Ginecología. HSJD, años 2010-2018.

Hallazgos	Sangrado		Dolor		Expulsión de tejido placentario	
	N	%	N	%	N	%
Negativo	45	42,4	38	35,8	106	100
Positivo	61	57,6	68	64,2	0	0
Total	106	100	106	100	106	100

Fuente: Expediente de Salud, HSJD.

Además, se encontró como hallazgo del examen físico úteros aumentados de tamaño con respecto a la edad gestacional calculada para el momento del diagnóstico. Las mediciones de los úteros tenían valores entre 8 y 21 cm con promedio de 10.5 cm

Con respecto a las pruebas de laboratorio, como se muestra en la tabla 4, se encontró que en un 100% de las pacientes se contaba con una prueba de sub β hCG cualitativa al momento del diagnóstico, y sólo un 12.5% de las pacientes no tenían medición de sub β hCG cuantitativa.

Tabla 4. Distribución de las pacientes según la realización de Sub β hCG al momento del diagnóstico de ETG. Servicio de Ginecología. HSJD, años 2010-2018.

Hallazgos de Laboratorio	Sub β hCG cualitativa		Sub β hCG cuantitativa	
	N	%	N	%
Sí	106	100	93	87,7
No	0	0	13	12,3
Total	106	100	106	100

Fuente: Expediente de Salud, HSJD.

Al mismo tiempo, se determinó que los valores de sub β hCG cuantitativa rondaron entre los 216 – 877 760 UI/ml, con un promedio de 141 582,14 UI/ml.

Como se observa en la tabla 5, se determinó que, según los hallazgos del ultrasonido realizado al ingreso de la paciente, un 59,4% no presentaba imágenes sugerentes de ETG, un 5,6% presentó quistes tecaluteínicos y un 15,1% presentaba embrión.

Tabla 5. Distribución de las pacientes con diagnóstico de ETG según los hallazgos del ultrasonido realizado al ingreso. Servicio de Ginecología. HSJD, años 2010-2018.

Hallazgos de ultrasonido	Presencia de imágenes sugerentes de ETG		Presencia de quistes Tecaluteínicos		Presencia de embrión	
	N	%	N	%	N	%
No	63	59,4	100	94,3	90	84,9
Sí	43	40,6	6	5,7	16	15,1
Total	106	100	106	100	106	100

Fuente: Expediente de Salud, HSJD.

De las pacientes estudiadas, se determinó que un 51.9% de las mismas ingresaron con diagnóstico de ETG y un 34.2 % presentó diagnóstico de aborto (retenido, incompleto). Datos se muestran en la tabla 8.

**Tabla 6. Distribución de las pacientes según diagnóstico ingreso.
Servicio de Ginecología. HSJD, años 2010-2018.**

Diagnóstico de ingreso	N	%
ETG	55	51,9
Aborto retenido	21	19,9
Aborto incompleto	15	14,3
Hiperplasia endometrial	6	5,6
Embarazo anembriónico	6	5,6
Amenaza de parto inmaduro (API)	1	0,9
Embarazo ectópico	1	0,9
ETG + Miomatosis vrs Neo Anexial	1	0,9
Total	106	100

Fuente: Expediente de Salud, HSJD.

La tabla 7 presenta la distribución de los pacientes por estudios complementarios realizados. Al 50% se les realizó radiografía de tórax, a un 22.7% se les realizó ultrasonido de abdomen, a 63.3% pacientes se realizaron exámenes de laboratorio adicionales y solo a tres pacientes se les realizó tomografía axial computarizada.

**Tabla 7. Distribución de las pacientes por estudios complementarios realizados al ingreso.
Servicio de Ginecología. HSJD, años 2010-2018.**

Estudios complementarios	Radiografía de tórax		Ultrasonido de Abdomen		Tomografía Axial Computarizada		Laboratorios Adicionales	
	N	%	N	%	N	%	N	%
No	53	50,0	82	77,3	103	97,1	39	36,7
Sí	53	50,0	24	22,7	3	5,0	67	63,3
Total	106	100	106	100	106	100	106	100

Fuente: Expediente de Salud, HSJD.

Como se muestra en la tabla 8, se documenta que 65 pacientes (61,3%) fueron sometidas a aspiración más legrado uterino instrumental para evacuación del útero y obtención de muestra y una sola paciente fue sometida a histerectomía debido a que se analizó el caso y se decidió

resolución quirúrgica definitiva debido a que paciente tenía paridad satisfecha, edad mayor a 40 años y sospecha de NTG por ultrasonido y niveles de sub β hCG cuantificada elevados.

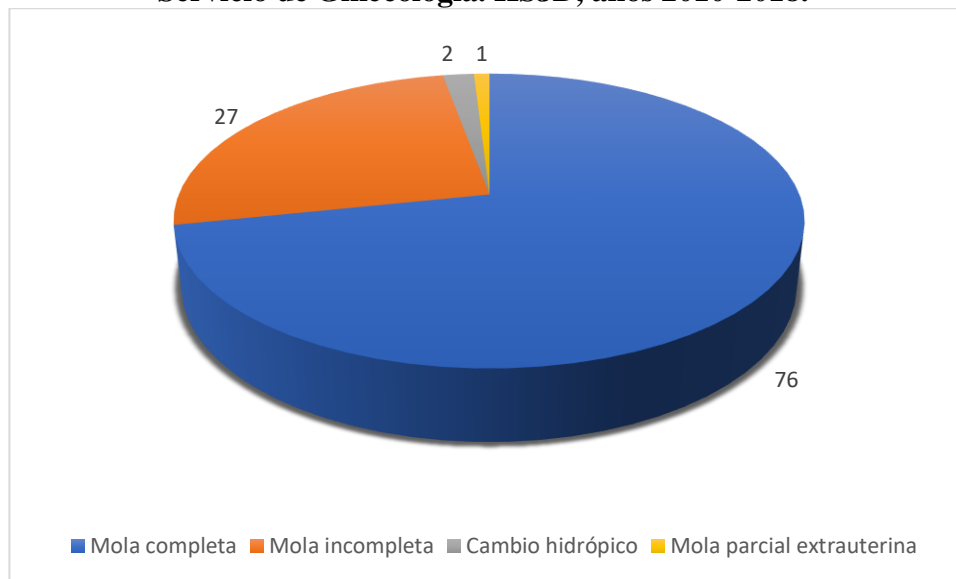
Tabla 8. Distribución de las pacientes según el procedimiento realizado para obtención de tejido. Servicio de Ginecología. HSJD, años 2010-2018.

Procedimiento	N	%
Legrado uterino instrumental (LUI)	27	25,7
Aspiración + legrado uterino instrumental	65	61,3
Aspiración manual endouterina (AMEU)	12	11,2
Histerectomía	1	0,9
Laparotomía (ectópico)	1	0,9
Total	106	100

Fuente: Expediente de Salud, HSJD.

Como muestra el gráfico 3, según la distribución de estirpe histológica de la ETG un total de 76 pacientes fueron diagnosticadas con mola completa y una paciente presentó mola parcial extrauterina (paciente con embarazo ectópico).

Gráfico 3. Distribución de las pacientes según estirpe histológica de ETG diagnosticada. Servicio de Ginecología. HSJD, años 2010-2018.



Fuente: Expediente de Salud, HSJD.

Además, se logró documentar la prontitud con la que se reportan las biopsias por el servicio de Patología siendo el tiempo máximo de reporte de 2 meses y mínimo de 10 días, esto hace que las pacientes sean valoradas de forma más completa en la cita control en la consulta externa,

Del total de las pacientes con diagnóstico de ETG, una tercera parte (27 pacientes) no tuvo control en la consulta externa posterior a la evacuación uterina como se muestra en la tabla 9.

Tabla 9. Distribución de las pacientes con diagnóstico de ETG que siguieron control en la consulta externa. Servicio de Ginecología. HSJD, años 2010-2018.

Control consulta externa	N	%
Si	79	74,5
No	27	25,5
Total	106	100

Fuente: Expediente de Salud, HSJD.

En la tabla 10 se muestra el seguimiento de las pacientes con ETG en la consulta externa relacionado a las tomas de sub β hCG cuantificada. Se documentó que 60 pacientes (65,9%) si se les realizó mediciones semanales con rango de 1 a 9 muestras. Y en cuanto a las muestras mensuales se encontró que a 42 de las pacientes (53,2%) si se realizó medición con un rango de 1-8 muestras.

Tabla 10. Distribución de las pacientes por seguimiento en Consulta Externa según medición de sub β hCG cuantificada semanal y mensual. Servicio de Ginecología. HSJD, años 2010-2018.

Sub β hCG cuantificada	Semanal		Mensual	
	N	%	N	%
Si	60	65,9	42	53,2
No	19	34,1	37	46,8
Total	79	100	79	100

Fuente: Expediente de Salud, HSJD.

Del total de pacientes que se les dio seguimiento en la Consulta Externa, un 26,5% de las pacientes fueron controladas por 12 meses y dadas de alta. Hubo un total de 17 pacientes que perdieron su control y otras 10 (12,6%) fueron dadas de alta debido a que durante el seguimiento presentaron otro embarazo como se muestra en la tabla 11.

Tabla 11. Distribución de las pacientes con diagnóstico de ETG según tiempo de seguimiento en la consulta externa. Servicio de Ginecología. HSJD, años 2010-2018.

Tiempo	N	%
2 meses	4	5,1
5 meses	5	6,4
8 meses	12	15,2
12 meses	21	26,5
18 meses	6	7,6
24 meses	4	5,1
Perdió control	17	21,5
De alta por nuevo embarazo	10	12,6
Total	79	100

Fuente: Expediente de Salud, HSJD.

4. DISCUSIÓN.

Entre las pacientes con ETG de estudio se logró documentar tal y como se detalla en la literatura que la forma de presentación más común es como complicación del embarazo temprano (11,12,15). Se documentó que la forma de presentación clínica más común en la población estudiada fue la presencia de dolor en un 64.2%, seguido de sangrado en un 57%, y coexistiendo ambos hallazgos en un 63%, solo un caso se presentó como hiperémesis gravídica, hubo 10 casos que el diagnóstico se realizó por US sin haber asociado algún síntoma. No se evidenció la presentación como expulsión de tejido trofoblástico (vesicular) en ninguna de las pacientes. Esto probablemente asociado a la aplicación del ultrasonido en el primer trimestre que permite un diagnóstico, ya sea de la patología molar o alguna forma de aborto, de forma temprana por lo que no se permite un aumento significativo del tejido molar y presencia de síntomas como sangrado

abundante o expulsión de tejido placentario/vesicular. Solo se logró documentar una discordancia entre edad gestacional y altura uterina en una paciente y esta discordancia se determinó que era secundaria a la presencia de miomatosis de grandes elementos que fue diagnosticada en el US de ingreso.

La literatura describe que la ETG se puede ser diagnosticada posterior a un aborto o un embarazo de término (10). El estudio presentó un 34% de diagnóstico de ingreso de alguna forma de aborto (retenido o incompleto) que posteriormente fue diagnosticada como ETG por el reporte histológico, además que se documentó la presencia de una ETG en una paciente postparto debido a morfología anormal de la placenta por lo que se decidió enviar a analizar.

A pesar de que, en la literatura se describe a la ETG como una patología que presenta con más frecuencia en los extremos de la vida reproductiva (11, 12), en este estudio se logró documentar que un 68% de los casos se dieron en el grupo etario entre los 21-29 y teniendo solo un caso en una paciente de 13 años y otra de 49 años.

Entre los factores de riesgo que se describen en la literatura para ETG (11, 12, 19), se menciona el haber presentado un caso previo de ETG, en este estudio no se logró documentar ningún caso de ETG previa entre los 106 casos encontrados en la población de estudio.

Se detalla en la literatura que las pacientes con historia de abortos previos e infertilidad tienen un riesgo mayor de presentar ETG (10, 11), sin que esto se pudiera confirmar en el estudio principalmente porque un 50% de las pacientes era primigesta al momento del diagnóstico de la ETG.

Se menciona en la literatura que las pacientes con concepción mediante técnicas de reproducción asistida tienen mayor riesgo de desarrollar ETG (8, 11), en el estudio no se puede determinar si esto se presentó en la población de estudio debido a que en ningún expediente se

consigna como fue la concepción del embarazo (espontánea o por terapia de reproducción asistida).

En cuanto al seguimiento de las pacientes con ETG, la literatura recomienda la monitorización de los niveles de sub β hCG cuantificada de forma semanal, mensual o cada 2 meses hasta por un período de 1 año (3, 7); se logró determinar que la mayoría de las pacientes con probable diagnóstico de enfermedad trofoblástica por hallazgos de ultrasonido y de laboratorios fueron valoradas prontamente en la consulta externa con al menos una toma de sub beta cuantificada.

Si se logra confirmar que en las pacientes en las que se sospecha de presencia de ETG por hallazgos de ultrasonido y medición de sub beta cuantificada el procedimiento de elección para evacuación del útero es la aspiración con posterior legrado uterino instrumental, tal y como se recomienda por la literatura revisada (23). En la paciente que se realizó histerectomía la misma se realizó debido a que al analizar el caso se determinó en conjunto con la paciente que era su mejor decisión terapéutica debido a que la paciente tenía paridad satisfecha, presentaba datos de ultrasonido y laboratorio compatibles con enfermedad trofoblástica y niveles de sub beta hCG elevadas.

Se determinó que la estirpe histológico más frecuente es la mola completa (76%), así como se señala en la literatura consultada (15). Y como hallazgo poco común se detectó una paciente con mola parcial en un embarazo ectópico. No se encontraron casos de neoplasia trofoblástica gestacional.

5. CONCLUSIONES.

- La caracterización de la población de mayor riesgo fueron primigestas (50%) entre los 21-29 años sin método anticonceptivo al momento del diagnóstico (75%).

- La presentación clínica que se presentó con mayor frecuencia fue dolor pélvico y sangrado.
- El tipo histológico que se presentó con mayor frecuencia fue la mola completa.
- El manejo que predominó fue la aspiración mas legrado uterino instrumental.
- En relación al seguimiento se documentó que el 21.5% de las pacientes perdió su control en la consulta externa y un 12.6% presentó embarazo en el plazo menor a un año del diagnóstico.
- Durante los 9 años del estudio no se documentó ninguna complicación como desarrollo de NTG o ETG persistente.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Ezpeleta JM, Cousillas AL. Enfermedad trofoblástica gestacional Aspectos clínicos y morfológicos. 2002;35(2):187–200.
2. DeCherney, A. Diagnóstico y tratamiento Ginecoobstétricos. México D.F. McGraw-Hill Interamericana editores, S.A de C.V, 2014.
3. Pantoja RA, Cantillo J, Trofobl E. Enfermedad trofoblastica gestacional. *Rev. Col. Obst. y Ginec.*, 23(6), 469-501.
4. Cabero, L & D. Salvibar. Operatoria obstétrica: una visión actual. México: Editorial Panamericana. 2009.
5. Camilo RVM, Ponce VA. Comportamiento de la neoplasia trofoblastica gestacional durante 10 años. *Rev Cuba Obstet y Ginecol.* 2002;28(3):158–62.
6. Eduardo L, Vargas Z. Enfermedad trofoblastica gestacional. *Tokoginecol Pract* [Internet]. 2000;13(652):27–31. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-toko-ginecologia-practica-133-articulo-enfermedad-trofoblastica-gestacional-10022829>

7. Ngan HYS, Kohorn EI, Cole LA, Kurman RJ, Kim SJ, Lurain JR, et al. Trophoblastic disease. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. 2012;119:S130–6. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1016/S0020-7292%2812%2960026-5>
8. Priyanka, J. Enfermedad trofoblástica gestacional. *Rev Med Costa Rica Centroam LXXIII* (618) 2016: 173-178
9. César Emilio, S; Millán, M; Fajardo Y. Mola hidatiforme parcial con feto vivo en el tercer trimestre del embarazo. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2010; 36(4)638-645
10. Guerrero-Hernández, A et al. Coriocarcinoma gestacional caso clínico de medicina crítica en Ginecología y Obstetricia. *GAMO*. 2012; 11(1), 55-59.
11. Gómez-Correa JB, Sarrión-Fuente A, Siverio-Colomina N, Garaulet J V., Ingelmo JMR, Fagoaga-Caridad R. Tumor trofoblástico del lecho placentario. *Progresos Obstet y Ginecol*. 2005;48(11):539–43.
12. Tsuji Y, Tsubamoto H, Hori M, Ogasawara T, Koyama K. Case of PSTT treated with chemotherapy followed by open uterine tumor resection to preserve fertility. *Gynecol Oncol* [Internet]. 2002;87(3):303–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12468329>
13. Rodolfo, M; Alvarez V. Hospital Materno de Guanabacoa, comportamiento de la neoplasia trofoblástica gestacional durante 10 años. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2002;28(3): 158-160
14. Doroteo G, Guillermo J. Características clínicas de los tumores trofoblásticos gestacionales en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, enero 1999-diciembre 2004. *Univ Nac Mayor San Marcos Programa Cybertesis PERÚ* [Internet]. 2007; Available from:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2479%5Cnhttp://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2479/1/grados_dj.pdf

15. Moncayo, A. “Incidencia y factores de riesgo asociados a la Enfermedad Trofoblástica Gestacional en los años 2013 – 2016 en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo” Colombia. 2016.
16. RA, U PS. Enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Aspectos epidemiológicos y clínicos. Rev Médica Hered [Internet]. 2013;5(4). Available from: <http://www.upch.edu.pe/famed/revista/index.php/RMH/article/view/1379%5Cnhttp://www.upch.edu.pe/famed/revista/index.php/RMH/article/download/1379/1373>
17. SEGO. Protocolo SEGO. Enfermedad Trofoblástica Gestacional. 2005;(28036):1–10.
18. Oróstegui, S et al. Enfermedad trofoblástica gestacional, revisión del tema *Med UNAB*, 2008; 11(2); 140-148.
19. Rodolfo, M; Alvarez V. Hospital Materno de Guanabacoa, comportamiento de la neoplasia trofoblástica gestacional durante 10 años. Rev Cubana Obstet Ginecol 2002;28(3): 158-160
20. Santavaya, A et al. SEOM clinical guidelines in gestational trophoblastic disease. Clin Transl Oncol (2018) 20:38–46. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12094-017-1793-0>

7. ANEXO.

Definición operativa de las variables de estudio

Objetivo específico	Variables	Clasificación	Definición conceptual	Definición operativa	Dimensiones (subvariables)	Valores	Instrumento
Identificar la presentación clínica, factores de riesgo y tipo histológico más frecuente de la enfermedad trofoblástica gestacional	Presentación clínica	Datos clínicos Datos de laboratorio Datos ultrasonográficos	Manifestaciones objetivas, clínicamente fiables, y observadas en la exploración médica o exámenes complementarios	Aplicación de un instrumento donde se logre definir la presentación clínica más frecuente	Datos clínicos Datos de laboratorio Datos ultrasonográficos	0-100	Hoja de recolección de datos
	Factores de riesgo	Factores de riesgo obstétricos y médicos. Factores de riesgo para Neoplasia trofoblástica gestacional	Circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud	Aplicación de un instrumento donde se logre definir los factores de riesgos más frecuentes para la condición benigna o maligna de la E.T.G.	Factores de riesgo obstétricos y médicos. Factores de riesgo para Neoplasia trofoblástica gestacional	0-100	Hoja de recolección de datos
	Tipo histológico	Mola completa Mola incompleta Mola invasiva Coriocarcinoma Tumor del sitio de inserción placentaria	Estudio de la composición, estructura y características de los tejidos placentarios	Revisión de los reportes de biopsias enviados al Servicio de Patología para su análisis	Mola completa Mola incompleta Mola invasiva Coriocarcinoma Tumor del sitio de inserción placentaria	0-100	Hoja de recolección de datos
Valorar el método de diagnóstico, seguimiento y tratamiento de las pacientes diagnosticadas con enfermedad	Método diagnóstico	Datos clínicos Datos de laboratorio Datos radiológicos	Procedimiento mediante el cual se identifica una enfermedad, síndrome o cualquier condición de la salud	Revisión en el expediente clínico los reportes de estudios radiológicos y de laboratorios que permiten el	Sospecha clínica Datos de laboratorios Hallazgos ultrasonográficos	0-100	Revisión del expediente clínico y de los reportes de laboratorio y radiológicos

trofoblástica gestacional				diagnóstico de la enfermedad			
	Método de seguimiento	FIGO y OMS recomiendan que la paciente debe de ser monitorizada con niveles de sub β -hCG cada semana hasta que los niveles sean indetectables; si existen 2 tomas semanales consecutivas indetectables, se procede a distanciar las muestras a cada mes por un período de 6 meses; si aún se mantienen indetectables se toman muestras cada 2 meses por 6 meses.	Procedimiento mediante el cual se sigue la evolución de una enfermedad y permite determinar requerimiento o de posterior aplicación de tratamiento	Revisión en el expediente clínico de cumplimiento o del protocolo de seguimiento para la E.T.G.	Medición de sub β hCG cuantificada	0-10	Revisión del expediente clínico y base de datos del laboratorio clínico para las mediciones de la sub β hCG cuantificada
	Tratamiento	Esta clasificación comprende dos grupos: - Bajo riesgo: puntaje menor a 6 puntos; enfermedad tratable con un sólo agente quimioterapéutico. - Alto riesgo: puntaje mayor a 7 puntos; enfermedad requiere quimioterapia múltiple	Aplicación de tratamiento quirúrgico, médico o radioterapéutico según clasificación de riesgo	Revisión en el expediente clínico los diferentes tratamientos posibles para las pacientes portadoras de E.T.G.	Cirugía sola Cirugía + aplicación de quimioterapia (monoterapia o politerapia)	0-100	Revisión del expediente clínico y las notas de evolución en la consulta externa para determinar tratamiento requerido por cada paciente
Conocer las complicaciones más	Complicaciones	Complicaciones médico-gineco-obstétricas	Agravamiento de una enfermedad	Revisión del expediente clínico para	Médicas Gineco-Obstétricas	0-100	Revisión del expediente clínico.

frecuentes detectadas en las pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional		secundarias al tratamiento	o de un procedimiento o diagnóstico o de tratamiento aplicado a una paciente durante el estudio de su patología.	determinar las complicaciones más frecuentemente presentadas en las pacientes con ETG	Secundarias al tratamiento		
---	--	----------------------------	--	---	----------------------------	--	--