

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



KAREN ISABEL SOLÍS RODRÍGUEZ

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología
y Obstetricia
Para obtener el grado de
Maestra en Ciencias con Especialidad en Ginecología y
Obstetricia

FEBRERO 2016



Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

La Doctora: Karen Isabel Solís Rodríguez

Carné Universitario No.: 100022759


Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el trabajo de tesis "DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y HALLAZGOS ANATOMOPATOLÓGICOS DE EMBARAZO MOLAR"


Que fue asesorado: Dra. Carolina De León

Y revisado por: Dr. Alberto Luna

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para febrero 2016.

Guatemala, 12 de enero de 2016


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado


Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Coordinador General
Programa de Maestrías y
Especialidades

/mdvs

Zacapa, 22 de septiembre de 2015.

Doctor
Ennio Héctor Lara Castañeda
Maestría en Ginecología y Obstetricia
Hospital Regional de Zacapa

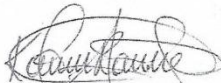
Estimado doctor:

Por este medio, le informo que el Informe Final de mi Tesis de Graduación "DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS ANATOMOCLÍNICAS Y HALLAZGOS PATOLÓGICOS DE EMBARAZO MOLAR EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA", ha sido revisado y aprobado por el Dr. Alberto Luna y la Dra. Coralia De León.

Para dar cumplimiento al Normativo y Manual de Procedimientos de la Escuela de Estudios de Postgrado, de la Facultad de Ciencias Médicas, solicito se autorice el Examen Privado de defensa de mi Tesis para la obtención del grado de Master en Ginecología y Obstetricia.

Sin otro particular, atentamente

"ID Y ENSFÑAD A TODOS"



Dra. Karen I Solís Rodríguez
Médica y Cirujana
Col No 15 130

Dra. Karen Isabel Solís Rodríguez
Estudiante de la Maestría en Ginecología y Obstetricia
Carné No. 100022759
Hospital General San Juan de Dios

Adjunto: Trabajo de Tesis.

Zacapa 22 de septiembre de 2015

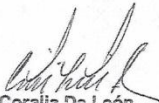
Dr. Ennio Héctor Lara Castañeda
Coordinador Docente
Maestría en Ginecología y Obstetricia
Hospital Regional de Zacapa

Estimado Doctor Lara:

Por medio de la presente le informo que asesoré el contenido del Informe Final de Tesis titulada: "DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS ANATOMOCLÍNICAS Y HALLAZGOS PATOLÓGICOS DE EMBARAZO MOLAR EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA de Enero 2009 a Diciembre 2013" presentado por la Dra. Karen Isabel Solís Rodríguez carné número 100022759, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por la Maestría en Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Zacapa y por la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular, me despido de usted.

Atentamente,



Dra. Coralia De León
Asesora de Tesis
Hospital Regional de Zacapa

Dra. Coralia M.E. De León A.
Colegiada # 5,928
MASTER EN COLPOSCOPIA

Zacapa 22 de septiembre de 2015

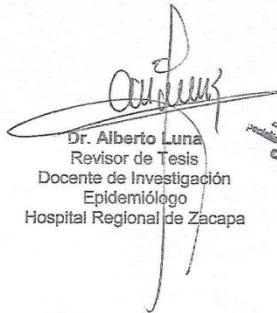
Dr. Ennio Héctor Lara Castañeda
Coordinador Docente
Maestría en Ginecología y Obstetricia
Hospital Regional de Zacapa

Estimado Doctor Lara:

Por medio de la presente le informo que revisé el contenido del Informe Final de Tesis titulada: "DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS ANATOMOCLÍNICAS Y HALLAZGOS PATOLÓGICOS DE EMBARAZO MOLAR EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA de Enero 2009 a Diciembre 2013" presentado por la Dra. Karen Isabel Solís Rodríguez carné número 100022759, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por la Maestría en Ginecología y Obstetricia del Hospital de Regional de Zacapa y por la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular, me despido de usted.

Atentamente,



Dr. Alberto Luna
Revisor de Tesis
Docente de Investigación
Epidemiólogo
Hospital Regional de Zacapa

Estimado Doctor Lara Castañeda E.L.
Problema Sin Resolver y Solicitud para La Salud
Código de Atención y Consulta
No. 0.507

ÍNDICE

CONTENIDO	PAGINA
RESUMEN	iv
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	3
A. – Enfermedad trofoblástica gestacional	3
B. – Clasificación y Factores de Riesgo	12
C. – Tratamiento	19
III. OBJETIVOS	
3.1 General	24
3.2 Específicos	24
IV. MATERIAL Y MÉTODOS	25
4.1 Tipo de estudio	25
4.2 Objeto de estudio	25
4.3 Área de estudio	25
4.4 Criterios de inclusión	26
4.5 Criterios de exclusión	26
4.6 Procedimientos para la recolección de información	26
4.7 Operacionalización de variables	27
4.8 Recursos	30
4.8.1 Humanos	30
4.8.2 Físicos	30

V.	RESULTADOS	31
VI.	DISCUSIÓN Y ANÁLISIS	44
	6.1 Conclusiones	48
	6.2 Recomendaciones	50
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
VIII.	ANEXOS	55
	8.1 Boleta de Recolección de Datos	55

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No. 1	31
Tabla No. 2	32

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica No. 1	33
Gráfica No. 2	34
Gráfica No. 3	35
Gráfica No. 4	36
Gráfica No. 5	37
Gráfica No. 6	38
Gráfica No. 7	39
Gráfica No. 8	40
Gráfica No. 9	41
Gráfica No. 10	42
Gráfica No. 11	43

RESUMEN

La Enfermedad trofoblástica gestacional es un grupo de enfermedades con características clínicas especiales. El término aplica a mola completa y parcial, mola invasora, coriocarcinoma y tumor del sitio placentario. Su frecuencia en nuestro país es de 1 por cada 600 partos atendidos. La mola hidatidiforme precede al cáncer en el 50% de los casos. Se realizó esta investigación con el objetivo de profundizar en las características anatomoclínicas y los hallazgos patológicos del embarazo molar. Se recopilaron 5 años de trabajo a partir de enero 2009 a diciembre 2013, en el Hospital Regional de Zacapa. Se individualizaron, los embarazos molares, mediante el análisis de sus expedientes clínicos de las pacientes ingresadas al servicio de ginecología. Se estudiaron variables como: edad de la paciente, edad gestacional, síntomas y signos de ingreso, método diagnóstico, clasificación histológica y lugar de procedencia. Se tabularon estos datos y se analizaron según el método de porcentaje. Se pudo comprobar que la incidencia de enfermedad trofoblástica se presentó en una proporción de 3.6 por cada 1000 embarazos atendidos en el hospital, la mayor incidencia se dió en pacientes de entre 26 a 35 años en su mayoría primigestas quienes frecuentemente son recibidas en emergencia por diagnóstico por ultrasonido. Solo al 62.2% de las pacientes se les pudo realizar la medición de subunidad Beta cuantificada y el tratamiento más utilizado fue la aspiración manual endouterina en un 49.25%. Se pudo evidenciar que la totalidad de las pacientes no tienen un adecuado seguimiento, por lo que no se pudo corroborar la evolución de su enfermedad y en el 37% no se contaba con el resultado del estudio histológico de la muestra. Se logró determinar la prevalencia de embarazo molar en el departamento de Zacapa de 3.6 por cada 1000 partos

atendidos, dejando en relieve la falta de seguimiento y tratamiento adecuado a las pacientes atendidas; así como la necesidad de tener el recurso de laboratorio para la medición de subunidad beta en nuestro hospital para valorar la evolución de la paciente postratamiento y de esta manera brindarles una atención de calidad y evitar que la detección de la malignidad sea demasiado tarde.

I. INTRODUCCIÓN

La mola hidatidiforme se ha conocido desde hace siglos y es una de las neoplasias trofoblásticas gestacionales más frecuentes, la cual es benigna pero si no se le da el tratamiento y seguimiento adecuado se puede convertir en un proceso maligno como lo es el Coriocarcinoma.

Siendo Guatemala uno de los países con mayor incidencia de embarazos molares según Aramburú en 670 partos normales (6). Además por ser un país subdesarrollado en el cual la gran mayoría de su población es de nivel socioeconómico bajo con una dieta inadecuada que no cumple con los requerimientos básicos, además el inicio de su vida sexual activa a temprana edad, las hace ser un grupo de riesgo para este tipo de patología.

Por ser la mola hidatidiforme una lesión preneoplásica y siendo Guatemala uno de los países con más alta incidencia de ésta, considero que es importante su detección y diagnóstico temprano y preciso de la misma, para disminuir la recidiva y mortalidad en las pacientes que están expuestas a padecer dicha entidad.

Por lo que realizar un estudio que evalúe y describa las principales características, el método diagnóstico y hallazgos patológicos de esta enfermedad, resultó de vital importancia para darle el enfoque adecuado, y así brindarle un aporte al bienestar de la mujer en edad reproductiva, prevenir complicaciones por falta de seguimiento y mejorar su pronóstico en su vida reproductiva.

El trabajo investigado estableció como objetivo principal establecer y definir las características clínicas y hallazgos

anatomopatológicos en el embarazo molar en el Departamento de ginecología del Hospital Regional de Zacapa.

La investigación realizada por medio de la revisión de expedientes clínicos de enero de 2009 a diciembre de 2013, utilizando una boleta de recolección de datos a través de la cual se obtuvieron resultados tales como: siendo la prevalencia del embarazo molar en el Hospital Regional de Zacapa de 3.6 por cada 1000 partos normales; 35.8% de las pacientes con dicho diagnóstico eran primigestas con edades entre 26 y 30 años en su mayoría; su principal motivo de consulta fue el diagnóstico de mola por ultrasonido con un 80.6% de las pacientes; el principal lugar de procedencia de estas pacientes fue el departamento de Zacapa con 59.7%; al 100% de las pacientes se les realizó tratamiento quirúrgico como la aspiración manual endouterina, legrado intrauterino o ambos; el principal método diagnóstico fue el ultrasonido en un 80.5% y el 37.2% de la población estudiada no cuenta con resultado histológico de su patología.

En el 100% de la población estudiada no se pudo evaluar las complicaciones postoperatorias o la evolución de la enfermedad, ya que en ninguna papeleta se cuenta con el registro de dichos datos.

Con dichos resultados se puede demostrar que el factor económico o la falta de comprensión sobre dicha patología, influyen en el adecuado seguimiento de estas pacientes, aunque siempre existen otros factores.

II. ANTECEDENTES

A. Enfermedad trofoblástica gestacional

1. Aspectos clínicos y morfológicos

Se conoce con el nombre de enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) a un conjunto de procesos benignos y malignos poco habituales, derivados de una proliferación anormal del trofoblasto de la placenta humana (hiperplasia) y del genoma paterno, con una contribución materna ocasional; incluye la mola hidatiforme completa invasiva o no, la mola parcial y los tumores trofoblásticos gestacionales, coriocarcinoma y tumor del lecho o sitio placentario (TSP) (1). Es extremadamente raro hallar trastornos similares en otras especies diferentes a la humana. Estas enfermedades se consideran peculiares, ya que el producto de la concepción a partir del cual se originan, es genéticamente extraño al anfitrión materno.

La ETG representa un espectro único de patologías interrelacionadas con el denominador común de una hipersecrección de gonadotropina coriónica (hCG), que constituye un marcador tumoral sensible que se correlaciona bien con la progresión y persistencia de la enfermedad, excepto el TSP que produce lactógeno placentario (hPL) (2), con tendencias variables a la invasión local y a las metástasis y se encuentra entre las raras enfermedades que se pueden curar, incluso en casos de extensa diseminación (3).

La mola hidatiforme es un producto de la concepción que se caracteriza por una hiperplasia trofoblástica y por la tumefacción edematosa de las vellosidades coriónicas, cuyo diámetro oscila entre 0,1 y 3 cm, adquiriendo la morfología de

bandas y cúmulos de vesículas, que confieren el típico aspecto de «racimos de uvas».

La variedad de mola hidatiforme más fácilmente identificable es la completa o clásica, en la que falta el feto y donde todas las vellosidades presentan degeneración hidrópica y son avasculares aunque puede observarse algún vaso degenerado, siendo notable la hiperplasia del citotroblasto y del sincitiotroblasto (4). Se suele identificar precozmente por un patrón ecográfico característico, descrito hace muchos años (5).

El segundo tipo de mola hidatiforme, la parcial, presenta al mismo tiempo de una placenta de desarrollo normal y de una mola hidatiforme completa, con una gama de vellosidades y por lo general afecta a la capa sincitiotroblástica y se asocia con el festoneado del contorno de las vellosidades y la presencia de inclusiones trofoblásticas en el estroma (6). En algunos casos de mola parcial está presente el feto, pero su desarrollo es casi siempre anormal, y aunque en la mayoría de los casos el feto no está presente, puede deducirse la existencia de desarrollo fetal por la hemáties nucleados en los vasos sanguíneos de las vellosidades, es decir fetales (7).

El carácter propio de la mola parcial se confirmó por los estudios sobre la constitución genética, generalmente triploide, o aneuploide con trisomía para un cromosoma, sugiriendo que las molas hidatiformes comprendían dos diferentes no solo anatomopatológicamente, sino también desde un punto de vista genético (8,9). Dicho estudio, definió las molas hidatiformes parciales, como aquellos productos de las concepción en los que existía un feto, cordón o membranas amnióticas con vellosidades normales e hidrópicas;

la hiperplasia, presente en algunos casos, no era importante según ellos. En actualidad se acepta que la hiperplasia es un elemento esencial para establecer el diagnóstico anatomopatológico de mola hidatiforme (10).

Los investigadores, pudieron comprobar que las molas hidatiformes completas eran diploides y las parciales, generalmente triploides (8,9). La definición anatomopatológica y genética de estas dos entidades de mola hidatiforme fue confirmada más tarde por otros autores (11) (tabla I).

Tabla I. Características diferenciales entre mola completa y mola parcial

	MOLA PARCIAL	MOLA COMPLETA
Ploidía	Triploide 69, XXY. 69, XXX. 69 XYY	Diploide 46, XX. 46, XY
Origen	Paterno y materno	Paterno
Embrión / Feto	Presente (datos directos o indirectos) Muerte precoz	Ausente
Carácter	Notable festonado que aumenta con la fibrosis de las vellosidades, no hay necrosis celular mesenquimal	Contorno redondo y ovoide, retraso de la maduración, necrosis irregular de las células mesenquimales durante la formación de las cisternas.

Tumefacción Hidrópica	Netamente focal, menos pronunciada y lenta en su evolución	Pronunciada; todas las vellosidades se afectan precozmente en la evolución molar.
Vascularización Vellosidades	Capilares persistentes y funcionantes que tienden a desaparecer tardíamente de las paredes de las cisternas; a menudo eritroblastos fetales (nucleados).	Capilares formados “in situ” exangües que desaparecen al formarse las cisternas.
Trofoblasto	Inmaduro y focal; hiperplasia leve a moderada, principalmente sincitial.	Importante hiperplasia del citotrofoblasto y sincitial de distribución irregular
Ecografía	Aumento del tamaño placentario con espacios quísticos; cambios vasculares focales; saco gestacional aumentado	Imagen en “panal de abejas” o en “nevada”.
Secuelas malignas	<10%	15 – 20%

Los tumores trofoblásticos gestacionales, también llamados ETG persistente (ETGP), ocurren tras la evacuación o

el fin de la gestación y pueden proceder, no sólo de la mola hidatiforme, sino después de cualquier suceso gestacional, incluido abortos, terapéuticos o espontáneos, gestaciones ectópicas y embarazos a término.

El término tumor trofoblástico gestacional, comprende la mola invasiva y los tumores malignos coriocarcinoma y tumor trofoblástico del lecho o sitio placentario e incluye a procesos con secreción anormalmente elevada y prolongada de hCG más de 6 semanas después del suceso gestacional. Esta secreción es independiente de la naturaleza del trofoblasto, que puede ser malformativo y de crecimiento limitado en las molas parciales y completas o neoplásico, de crecimiento ilimitado y rápido en el coriocarcinoma o lento en el TSP.

En la mola invasiva se produce la invasión del miometrio o de sus vasos sanguíneos por células del citotrofoblasto y del sincitiotrofoblasto; este proceso se distingue morfológicamente por la persistencia de las vellosidades placentarias, que no se observan en el coriocarcinoma ni en el TSP.

El coriocarcinoma en la proliferación atípica del trofoblasto, comprende tanto al citotrofoblasto como al sincitiotrofoblasto, sin presencia de estroma; es típico que la lesión esté formada por un área central de tejido necrótico, rodeada por un anillo periférico de tejido tumoral (3). No se puede deducir la clase de gestación previa a partir de las características histopatológicas; sin embargo la naturaleza de dicha gestación previa es importante en la consideración de la genética del coriocarcinoma.

El tumor trofoblástico del lecho placentario fue descrito en 1976 como un pseudotumor no neoplásico, pero posteriormente se definió anatomopatológicamente como

entidad propia (4), y se determinó su potencial maligno, al observarse que algunas pacientes desarrollaban metástasis y fallecían por la enfermedad (5); se han descrito unos 100 casos en el mundo y la mortalidad estimada oscila entre un 15 y un 20% . En 1995 se describieron dos casos en España, en mujeres de 25 y 27 años que manifestaron la enfermedad con hemorragia genital persistente, con antecedentes en ambos casos de abortos previos 3 años antes. Se ha descrito la eritrocitosis como patología asociada al tumor, resolviéndose la policitemia tras la histerectomía (8).

Recientemente se ha publicado el caso de una paciente con prolongada remisión (19) tras metástasis consecuentes a tumor del lecho placentario tratadas con quimioterapia. También recientemente se ha expuesto la experiencia de 7 casos de TSP, 3 de los cuales fueron tratados con histerectomía por tumor confinado al útero, 2 evolucionan satisfactoriamente y continúan con quimioterapia por sus metástasis pulmonares y 2 han fallecido por enfermedad metastásica a pesar de la terapia (2). El TSP es de lenta progresión.

El TSP se origina a partir del trofoblasto del lugar de implantación de la placenta y está constituido por trofoblasto intermedio (1), principalmente por citotrofoblasto mononuclear, con muy escasas células sincitiotrofoblásticas plurinucleadas; la casi total ausencia de sincitiotrofoblasto caracteriza a dicho tumor y lo diferencia del coriocarcinoma. Tiene tendencia a formar nódulos generalmente múltiples, e infiltra la decidua, el miometrio y las arteriolas espirales. La inmunohistoquímica demuestra gran cantidad de células productoras de hPL y unas pocas células productoras de hCG (2).

Desde el punto de vista genético puede proceder tanto de un producto de la concepción normal, como de una mola hidatiforme o aborto (3).

La enfermedad trofoblástica gestacional persistente, puede metastatizar más allá del cuerpo uterino, originando el estadio de la enfermedad denominado ETG metastásica o tumor trofoblástico metastásico (10). Es conveniente recordar que en el embarazo normal se produce, a veces, cierto grado de embolia trofoblástica a los pulmones, aunque es excepcional el transporte de vellosidades completas (3).

El diagnóstico de la ETG es esencialmente anatomopatológico, aunque en ciertos casos es apoyado por técnicas citogenéticas, por la citometría de flujo y la utilización de sondas moleculares.

Desde el punto de vista clínico, la ETG agrupa entidades malignas como el coriocarcinoma y el tumor del lecho placentario y otras, cuya característica clínica es el riesgo de complicaciones hemorrágicas, como es el caso de algunas molas completas (invasivas), o las raras hiperplasias trofoblásticas que complican a veces las molas parciales; otras son benignas como la mayoría de las molas parciales y las molas completas. La hemorragia genital es el síntoma más frecuente en las pacientes con mola completa, y se debe a la separación del tejido molar de la pared uterina. En general, el cuadro clínico inicial, tiene síntomas y signos de la amenaza de aborto y en ocasiones, el diagnóstico sólo se realiza tras el estudio histológico del material de un aborto, y aunque el diagnóstico, hoy en día, es mucho más precoz, el riesgo de desarrollo de enfermedad trofoblástica persistente permanece invariable.

Otros signos o patologías asociados son: la hiperemesis gravídica, de baja frecuencia por el diagnóstico precoz de la enfermedad, la preeclampsia, que se debe sospechar cuando es de aparición muy precoz en las molas parciales, el hipertiroidismo asociado, que es muy poco frecuente pero que si se sospecha debe ser tratado previamente a la evacuación de la gestación molar, ya que se puede desencadenar una crisis tiroidea, y la insuficiencia respiratoria aguda, de aparición esporádica pero grave, consecuente con la embolización trofoblástica de los vasos pulmonares.

En la exploración se puede encontrar: aumento del tamaño uterino causado tanto por el volumen del tejido coriónico, como por la existencia de coágulos retenidos dentro de la cavidad, y se correlaciona bien con los niveles de hCG; la tercera parte de las pacientes con mola completa asocian masa anexial, a veces superior a 6 cm de diámetro, son los quistes tecaluteínicos, generalmente bilaterales y multiloculares que se atribuyen a altos niveles de hCG (superiores a 100.000 mUI/ml) y suelen desaparecer espontáneamente tras la evacuación de la mola, a los 2-3 meses, pudiendo requerir tratamiento si se asocian con hemorragia y/o dolor agudo por rotura o torsión.

Las exploraciones complementarias se basan en la ecografía y en los niveles de hCG, siendo desde el punto de vista clínico más útil la subunidad b (la subunidad a es similar a las subunidades a de la LH, FSH y TSH). En la gestación normal el pico de hCG ocurre entre la semana 9 y la 14 de la gestación, por lo que una persistencia más prolongada sugiere una gestación molar.

La mola parcial, que representa entre un 10-20% de las molas hidatiformes, suele manifestarse en la clínica más

tardíamente que la mola completa, y lo hace a finales del primer trimestre o a lo largo del segundo, como una amenaza de aborto. El útero suele corresponder o ser menor que el tiempo de amenorrea, siendo similares pero menos frecuentes los síntomas asociados. Casi todas se presentan con un embrión muerto al final del primer trimestre. La situación de feto vivo con ecografía sugestiva de mola, es compleja por las alteraciones cromosómicas de estos fetos; se debe realizar el diagnóstico diferencial con el aborto, el embarazo ectópico, la gestación múltiple y el hidramnios; el diagnóstico anatomopatológico del legrado es definitivo.

La primera descripción «exacta» de mola hidatiforme es del médico español Cristóbal de Vega en el año 1564 (4).

En 1839 Cruveilhier describe la mola parcial y Saenger en 1889 hace la primera clasificación de conjunto, distinguiendo tres tipos de neoplasias: sarcoma decidual o deciduocelular sin participación visible de los elementos coriales, sarcoma deciduocelular con participación de elementos coriales, y formas intersticiales destructivas, cada una de ellas con sus correspondientes subclasificaciones.

Marchand en 1895 impulsa y establece tres grupos de enfermedades trofoblásticas, afirmando taxativamente que la mola no es un tumor: mola vesicular o hidatiforme, mola destruens y corioepitelioma. Hertig y cols. describen en 1956 un continuo evolutivo, comenzando por la mola parcial, pasando a mola completa y a mola invasiva y terminando en coriocarcinoma (5). En 1977 Kajii y cols. determinaron el origen paterno de la mola completa (6).

B. Clasificación y Factores de Riesgo

Se han realizado múltiples clasificaciones de las enfermedades trofoblásticas. En 1980 Surwit y Hammond propusieron desde el punto de vista clínico, pronóstico y terapéutico la de Enfermedad Trofoblástica:

- De evolución benigna:
 - mola hidatídica.

- De evolución maligna:
 - Mola invasora o corioadenoma destruens.
 - Coriocarcinoma (no metastásica y metastásica)

En 1979 la Sociedad Internacional para el estudio de las Neoplasias Trofoblásticas, propuso la clasificación en estadios clínicos, aceptada por la OMS, la FIGO y la SEGO y diferenció:

- Mola o embarazo molar, con bajo o alto riesgo
- Enfermedad trofoblástica persistente (ETGP) con los estadios I-IV dependiendo de la extensión de la lesión y de que sea: con o sin metástasis y de alto o bajo riesgo

La clasificación de la ETG preconizada por la OMS (10) y que es ampliamente aceptada, se basa fundamentalmente en criterios macroscópicos tradicionales: vellosidades hidrópicas con o sin embrión y tumor sin vellosidades y lesiones diversas.

Clasificación de la Enfermedad Trofoblástica de la Gestación (*)
<p>Lesiones molares</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mola Hidatidiforme <ul style="list-style-type: none"> Completa Parcial • Mola invasiva
<p>Lesiones No molares</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coriocarcinoma • Tumor trofoblástico del sitio de implantación • Tumor trofoblástico epitelioides • Tumores trofoblásticos misceláneos <ul style="list-style-type: none"> Reacción exagerada en el sitio de implantación Nódulo en el sitio de implantación placentaria
(*) Clasificación de la OMS

También se acepta desde el punto de vista anatomopatológico la clasificación (1):

- Tumores que forman vellosidades: Mola parcial o completa.
- Tumores sin vellosidades: endometritis sincitial, tumores del sitio placentario y coriocarcinomas.

Clasificación de Enfermedad Trofoblástica Gestacional según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos:

- Mola Hidatiforme
 - Completa
 - Parcial

- Tumores Trofoblásticos Gestacionales
 - No metastásicos
 - Metastásicos

El término de neoplasia trofoblástica gestacional no es muy empleado, porque la mola invasiva no supone la formación de tejido nuevo de carácter tumoral (10).

Desde el punto de vista clínico es importante el estadiaje de los tumores trofoblásticos gestacionales propuesta por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO):

Estadificación de la Enfermedad Trofoblástica de la Gestación (*FIGO)	
ESTADÍO	HALLAZGOS
I	Enfermedad limitada al útero
II	Enfermedad fuera del útero pero limitada al aparato genital femenino
III	Metástasis en pulmón con o sin afectación del aparato genital femenino
IV	Todas aquellas metástasis en otras localizaciones
NOTA: Los estadios I a IV se subdividen en A y B dependiendo del marcador pronóstico	
<p>(*) La clasificación se basa en la adoptada por la FIGO en 1992, actualizada en el año 2001. Es aplicable a coriocarcinoma, mola invasiva y al tumor trofoblástico del sitio de implantación placentaria. No se requiere confirmación histológica si la hCG está anormalmente elevada. Debe consignarse tratamiento quimioterápico previo si procede.</p>	

- Estadio I.

Enfermedad confinada al útero.

- Ia. sin factores de riesgo
- Ib. con un factor de riesgo.
- Ic. con dos factores de riesgo.

- Estadio II.

Tumor trofoblástico gestacional que se extiende fuera del útero, pero que se limita a los elementos genitales (anejos, vagina, ligamentos anchos).

- IIa. sin factores de riesgo.
- IIb. con un factor de riesgo.
- IIc. con dos factores de riesgo.

- Estadio III.

Enfermedad trofoblástica gestacional que se extiende hasta los pulmones, con o sin afectación de vías genitales conocida.

- IIIa. sin factores de riesgo.
- IIIb. con un factor de riesgo.
- IIIc. con dos factores de riesgo.

- Estadio IV. Todos los otros sitios de metástasis.

- IVa. sin factores de riesgo.
- IVb. con un factor de riesgo.
- IVc. con dos factores de riesgo.

Los factores de riesgo que afectan al estadiaje son:

HCG >100.000 mU/ml y duración de la enfermedad mayor de 6 meses a partir de la terminación del embarazo precedente. Deben considerarse los siguientes factores de seguimiento y pronóstico y anotarse en el historial clínico en caso positivo: se administró quimioterapia previa por tumor trofoblástico gestacional diagnosticado; deben informarse por separado los tumores del sitio placentario; no se requiere verificación histológica de la enfermedad.

El estadiaje permite la comparación objetiva de los datos estadísticos sobre resultados aportados por los distintos autores en sus publicaciones.

- Estadio I. Pacientes con concentraciones de hCG persistentemente elevadas y tumor confinado al cuerpo uterino
- Estadio II. Pacientes con metástasis hacia vagina, pelvis o ambas.
- Estadio III. Pacientes con metástasis pulmonares con afección uterina, vaginal o pélvica o sin ella. (El diagnóstico se basa en la concentración creciente de la hCG en presencia de lesiones pulmonares en las radiografías u otras técnicas de imagen).
- Estadio IV. Pacientes con enfermedad avanzada y afección de cerebro, hígado, riñón o tubo digestivo. Estas pacientes se encuentran en la categoría de peor riesgo, porque en ellas el tumor será casi seguramente resistente a la quimioterapia. Suele encontrarse el patrón histológico del coriocarcinoma, y a menudo la enfermedad surge después de un embarazo no molar.

Además de la clasificación basada en el estadiaje, es importante considerar variables para pronosticar la probabilidad de resistencia farmacológica y ayudar a seleccionar la quimioterapia apropiada. La OMS ha propuesto un sistema de puntuación pronóstica que permite predecir, con toda confianza el potencial de que ocurra resistencia a la quimioterapia. Las pacientes con enfermedad en estadio I suelen tener una puntuación de bajo riesgo y lógicamente las pacientes en estadio IV tienen una puntuación de alto riesgo, por lo que se aplica fundamentalmente a pacientes en estadios II y III.

Este tipo de clasificaciones por etapas posibilita protocolizar el tratamiento de los tumores trofoblásticos gestacionales persistentes.

Las destacadas posibilidades curativas de la ETG, incluso en presencia de metástasis amplias pueden ser parcialmente atribuidas a la respuesta inmunológica, de la madre portadora, a los antígenos paternos expresados en las células trofoblásticas (3). El pronóstico de pacientes con coriocarcinoma gestacional es mejor si se evidencia la infiltración de linfocitos y monocitos en el límite entre el tumor y el tejido materno (1), porque los linfocitos y macrófagos que infiltran el coriocarcinoma gestacional son probablemente expresión de las oncoproteínas y antígenos paternos, muy activadores de las células inmunitarias.

La ETG constituye una situación única de tumor humano naturalmente injertado parásito de la madre. Como aloinjerto el tejido trofoblástico con constitución antigénica diferente a la madre, puede ser rechazado espontáneamente, pero también se adapta, prolifera y constituye un tumor invasivo. Las células inmunológicas activas promueven la regresión de los tumores trofoblásticos gestacionales a través de la liberación de

citocinas. Está bien documentado que las citocinas inhiben la proliferación de células de coriocarcinoma, in vitro y del incremento de la expresión de HLA en las mismas células, también in vitro, incrementando de esa manera la inmunogenicidad (2).

Se ha preconizado que el desarrollo y progresión de la ETG persistente podría estar favorecida por la histocompatibilidad de la paciente y su pareja. Si la paciente y su pareja son histocompatibles, el tumor trofoblástico que contiene antígenos paternos puede no ser inmunogénico para la madre portadora. La intensidad de la respuesta inmunológica en la portadora se relaciona con la inmunogenicidad del tumor trofoblástico. Sin embargo la histocompatibilidad entre la paciente y su pareja no es un requisito previo para el desarrollo y progresión de la ETG persistente. Por otra parte el sistema HLA influye en la evolución progresiva y fatal de los tumores trofoblásticos gestacionales. Se ha comunicado que la resistencia a la quimioterapia en coriocarcinoma se asocia a incrementos en la histocompatibilidad entre la paciente y su pareja.

De forma similar se ha observado que la entre la paciente y su pareja va asociada a un grave riesgo de metástasis en tumores trofoblásticos (4). La mola completa tiene cromosomas sólo de origen paterno, induciendo una intensa respuesta inmunológica de la madre. Comparado con placentas normales, la mola completa tiene cinco veces más infiltración de células T (5). En los inmunocomplejos circulantes, en pacientes con mola completa, ha sido establecido el contenido de antígeno HLA paterno. La madre con mola completa está por tanto, sensibilizada a los antígenos paternos HLA A, B, C. La distribución de antígenos HLA en las vellosidades coriónicas de la mola ha sido determinada por inmunofluorescencia. Los antígenos HLA A, B, C, han sido detectados en las células del

estroma de las vellosidades coriónicas de la mola, pero no en el trofoblasto velloso.

La madre puede ser sensibilizada por los antígenos paternos HLA, cuando el trofoblasto velloso es alterado, y células del estroma velloso HLA positivas son liberadas en la circulación materna.

Algunas mujeres con cierto desequilibrio genómico podrían tener una predisposición constitucional para la ETG. Se han descrito casos de enfermedad trofoblástica en mujeres con mosaico trisómico (9).

Las técnicas de estudio utilizadas son múltiples (11). El análisis citogenético en metafase permite estudiar la ploidía del ADN por citometría de flujo, y el origen genético por análisis de los polimorfismos cromosómicos y enzimáticos y de la longitud de los fragmentos de restricción en molas y tejidos de los progenitores con PCR.

C. TRATAMIENTO

El tratamiento es quirúrgico cuando existe riesgo elevado de metástasis. Puede realizarse un curetaje con administración de oxitocina o, en pacientes mayores de 40 años se realiza una histerectomía. El agente de elección en el tratamiento quimioterápico es el metotrexate o la actinomicina D.

Cuando hay metástasis puede utilizarse el tratamiento combinado. La sobrevida supera el 90 %. La radioterapia se reserva para aquellas pacientes con metástasis hepáticas.

El seguimiento se fundamenta en la determinación cuantitativa de B-hCG. Se recomienda un control bisemanal durante los primeros dos meses, bimensual durante seis meses y luego cada seis meses. La evolución en los casos que no responden, puede resultar en extensión local a la vagina o a órganos pélvicos internos.

Las metástasis a distancia suelen tener lugar en los pulmones o en el hígado. En las pacientes con diseminación explosiva (era prequimioterapia) podían encontrarse metástasis en cualquier órgano. La muerte suele ser el resultado de hemorragia o de insuficiencia respiratoria.

En cuanto a los factores pronósticos, la variable con mayor valor de predicción continúa siendo el estadio y la clasificación clínica tumoral (TM) (Cuadro [4](#)).

CLASIFICACIÓN CLÍNICA TM

T – Tumor primario

CATEGORÍA TM

TX	El tumor primario no puede valorarse
T0	No hay evidencia de tumor primario
T1	Tumor limitado al útero
T2	Tumor se extiende fuera del útero, pero limitado al aparato genital femenino
M1a	Metástasis al pulmón
M1b	Todas aquellas metástasis en otras localizaciones

NOTA: Si hay metástasis genital (vagina, ovario, ligamento ancho, trompa de Falopio) se incluye en la categoría T2. Cualquier afectación de estructuras no genitales, bien sea por invasión directa o por metástasis se describe siguiendo la categoría M.

M – Metástasis a distancia

MX	Las metástasis no pueden valorarse
M0	Ausencia de metástasis
M1	Metástasis a distancia
M1a	Metástasis al pulmón
M1b	Otras metástasis a distancia

Las categorías pT y pM son equivalentes a las categorías T y M y se utilizan cuando hay confirmación histopatológica

También es muy útil la aplicación del marcador pronóstico (Cuadro 5). Pueden agruparse de la siguiente manera:

CUADRO 5. MARCADOR PRONÓSTICO				
Factor pronóstico	0	1	2	4
Edad	< 40	➤ 40		
Embarazo previo	Mola	Aborto		
Meses pos-embarazo	< 4	4 a <7	7 – 12	➤ 12
B – hCG (UI/mL) pretratamiento	< 103	103 - < 104	104 - < 105	➤ 105
Tumor de > tamaño	< 3 cms	3 - < 5cms	➤ 5cms	
Localización de las metástasis	Pulmón	Bazo, riñón	Tracto digestivo	Hígado y SNC
Numero de metástasis		1 - 4	5 – 8	➤ 8
Quimioterapia previa fallida			Solo una droga	Dos o más drogas
Categorías de riesgo: 7 o menos = bajo riesgo 8 o más = alto riesgo				

A. Pacientes de bajo riesgo (supervivencia del 100 % a los 5 años)

- Menos de 4 meses con cambios sugestivos de enfermedad metastásica
- Niveles séricos de -hCG menores de 50 mIU/mL.

B. Pacientes de alto riesgo (supervivencia del 50 % a los 5 años)

- Más de 4 meses con historia de enfermedad metastásica.
- Niveles séricos de B-hCG mayores de 50 mIU/mL.
- Metástasis en hígado y sistema nervioso central.

En el Cuadro 6 se presentan conjuntamente la clasificación TM, el riesgo y el estadio de los tumores trofoblásticos de la gestación.

CUADRO 6. Resumen *		
TM y riesgo	Tumores trofoblásticos de la gestación	Estadio
T1	Limitado al útero	I
T2	Otras estructuras genitales	II
M1a	Metástasis a pulmón	III
M1b	Otras metástasis a distancia	IV
Bajo riesgo	Marcador pronóstico de 7 o <	IA – IVA
Alto riesgo	Marcador pronóstico de 8 o >	IB - IVB

III. OBJETIVOS

3.1 GENERAL

Establecer las características clínicas y los hallazgos anatomopatológicos del embarazo molar en el Hospital Regional de Zacapa.

3.2 ESPECÍFICOS

- 3.2.1 Determinar la prevalencia del embarazo molar.
- 3.2.2 Describir las características epidemiológicas de las pacientes que consultan.
- 3.2.3 Establecer el principal motivo de consulta.
- 3.2.4 Describir los síntomas y signos más frecuentes.
- 3.2.5 Evaluar la edad gestacional a la que consultaron las pacientes.
- 3.2.6 Identificar el método diagnóstico más utilizado.
- 3.2.7 Cuantificar el número de casos que se diagnosticaron por patología.
- 3.2.8 Establecer los principales hallazgos patológicos.
- 3.2.9 Determinar cuál fue el tratamiento más utilizado en las pacientes.

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Restrospectivo Descriptivo

4.2 OBJETO DE ESTUDIO

Todos los expedientes clínicos y los resultados de las patologías de las pacientes que consultaron al Hospital regional de Zacapa con diagnóstico de Embarazo Molar de enero 2009 a diciembre de 2013.

4.3 AREÁ DE ESTUDIO

Departamento de patología y ginecología del Hospital Regional de Zacapa.

4.4 CRITERIOS DE INCLUSION:

- Toda paciente en edad reproductiva que haya sido ingresada al servicio de ginecología con diagnóstico de mola hidatidiforme en el Hospital Regional de Zacapa
- Post-AMEU o LIU con diagnóstico de patología
- Que el diagnóstico de ingreso se haya realizado por estudios o métodos diagnósticos como ultrasonido pélvico o vaginal

4.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres no embarazadas
- Post-AMEU o LIU sin diagnóstico por patología
- Pacientes ingresadas en el servicio de ginecología con diagnóstico de embarazo normal

4.6 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECTAR LA INFORMACIÓN

La investigación se realizara en el Departamento de ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Zacapa. Se buscará el número de registro de las pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico por mola hidatidiforme, luego se buscarán las papeletas en el departamento de estadística y archivo. Los diagnósticos encontrados se correlacionaran con los resultados de cada patología de dichas pacientes.

4.7 VARIABLES:

#	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE
1	Prevalencia	Número de casos de una enfermedad que se dieron en un tiempo determinado	Número de casos dividido total de partos atendidos	Escala de razón	Cuantitativa
2	Edad	Período transcurrido en la vida de un individuo desde su nacimiento a la fecha actual, que puede medirse por años, meses y días	Edad en años de la paciente	Años	Cuantitativa
3	Procedencia	Principio, origen o punto donde salió una persona	Lugar donde proviene la paciente incluida en el estudio	Nominal	Cualitativa

4	Paridad	Clasificación de una mujer por el No. de hijos nacidos vivos que ha tenido	Primigesta Multípara	Escala nominal	Cuantitativa
5	Motivo de Consulta	Situación que llevo a la paciente a consultar	Hemorragia Vaginal Control Prenatal Mola por USG	Escala Nominal	Cualitativa
6	Signos	Datos obtenidos del examen físico	Nivel de Presión Arterial Frecuencia cardíaca, FR	Hipotensa, Normotensa, hipertensa, taquicardia, bradicardia	Cuantitativa
7	Síntomas	Índice subjetivo de una enfermedad o un cambio de estado tal como lo percibe la paciente	Síntomas referidos por la paciente	Hemorragia vaginal, náuseas, vómitos, dolor abdominal	Cualitativa
				2 meses	

8	Edad Gestacional	Período de embarazo transcurrido desde la detección de la gestación	Edad gestacional calculada en meses	3 meses 4 meses Más de 4 meses	Cuantitativa
9	Método diagnóstico	Identificación de una enfermedad o trastorno mediante la evaluación científica de los resultado de laboratorio o imagen	Instrumento utilizado para el diagnóstico de la enfermedad	Ultrasonido, medición de subunidad beta, patología	Cualitativa
10	Resultado de Patología	Diagnóstico mediante el examen de la sustancia y función de los tejidos del organismo, especialmente de sus alteraciones, por medio de técnicas histológicas	Clasificación del embarazo molar	Mola completa Mola incompleta	Cualitativa

1 1	Tratamiento	Sistema, método o procedimiento que se emplea para curar enfermedades	Tratamiento utilizado para curar la enfermedad	AMEU, LIU, histerotomía, médico	Cualitativa
--------	-------------	---	--	---------------------------------	-------------

RECURSOS:

4.8.1 FÍSICOS

- Hospital Regional de Zacapa
- Departamento de Estadística del hospital Regional
- Departamento de Patología del hospital Regional
- Expedientes clínicos
- Boleta para la recolección de datos
- Equipo de oficina
- Material bibliográfico.

4.8.2 HUMANOS

- Personal de Estadística y archivo del Hospital Regional
- Personal del departamento de Patología del Hospital Regional

V. RESULTADOS

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA PREVALENCIA DE EMBARAZO MOLAR DE LAS PACIENTES INGRESADAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA DURANTE EL PERÍODO DE ENERO 2009 A DICIEMBRE 2013

AÑO	PARTOS ATENDIDOS (Eutósico / Distósico)	EMBARAZO MOLAR	PREVALENCIA X 1000
2009	3,467	09	2.6
2010	3,489	14	4
2011	3,728	13	3.5
2012	4,013	16	4
2013	4,174	15	3.6
TOTAL	18,871	67	3.6

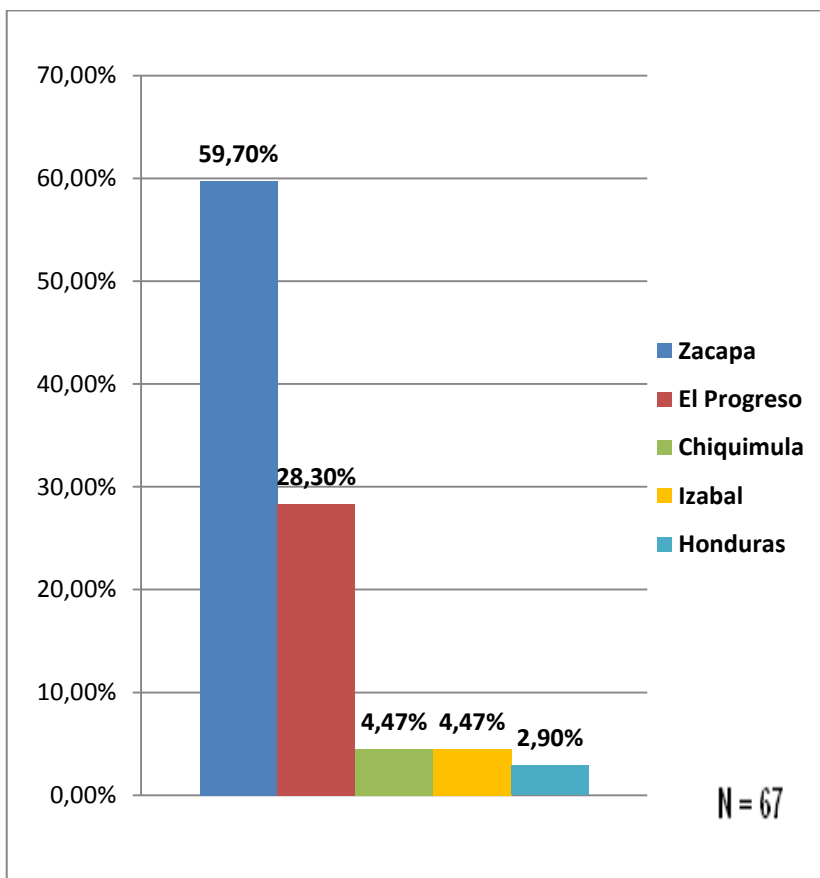
FUENTE: Boleta de Recolección de datos Hospital Regional de Zacapa

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRUPO ETÁREO DE LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO MOLAR INGRESADAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA DURANTE EL PERÍODO DE ENERO 2009 A DICIEMBRE 2013

EDAD	No.	(%)
< De 15 años	2	2.9
16 a 20	13	19.4
21 a 25	19	28.3
26 A 30	21	31.3
31 a 35	5	7.4
>de 35 años	7	10.5
TOTAL	67	100

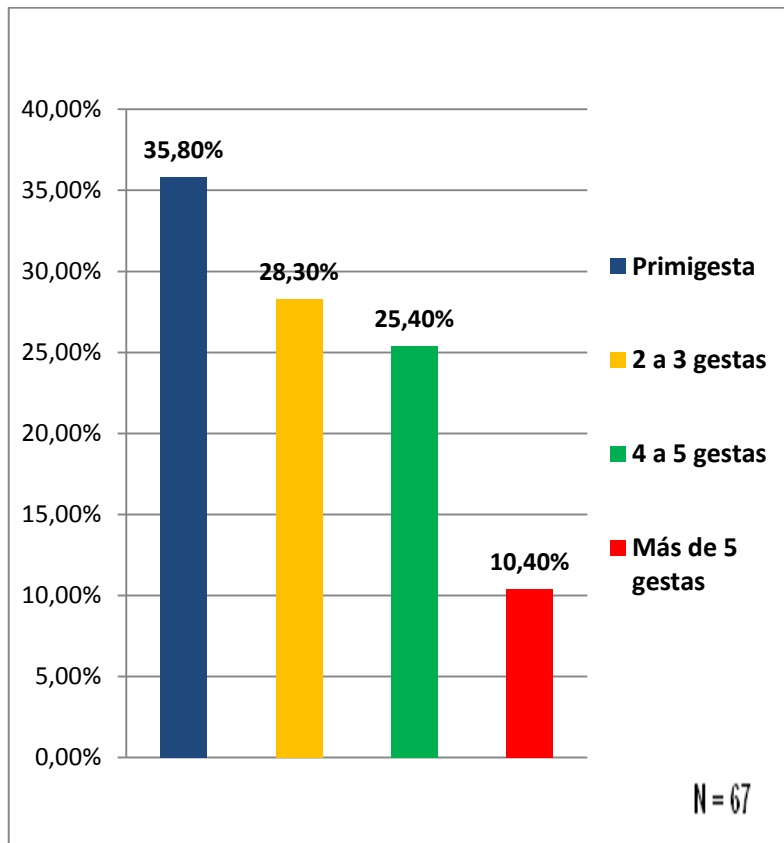
FUENTE: Boleta de Recolección de datos Hospital Regional de Zacapa

GRÁFICA No. 1 DISTRIBUCION SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO MOLAR INGRESADAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA DURANTE EL PERÍODO DE ENERO 2009 A DICIEMBRE 2013



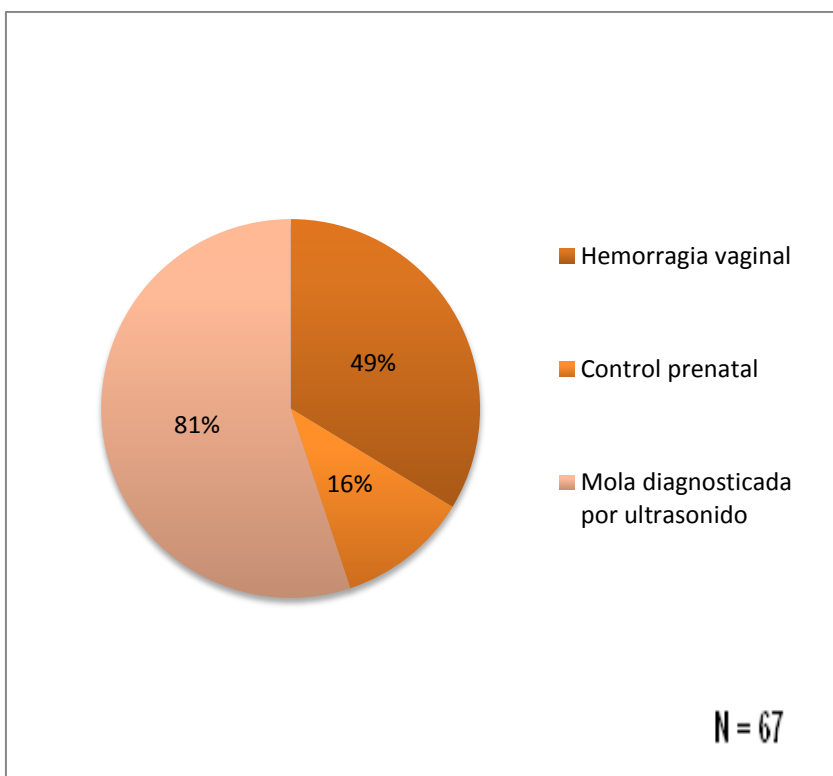
FUENTE: Boleta de Recolección de datos Hospital Regional de Zacapa

GRÁFICA No. 2 DISTRIBUCION SEGÚN PARIDAD DE LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO MOLAR INGRESADAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA DURANTE EL PERÍODO DE ENERO 2009 A DICIEMBRE 2013



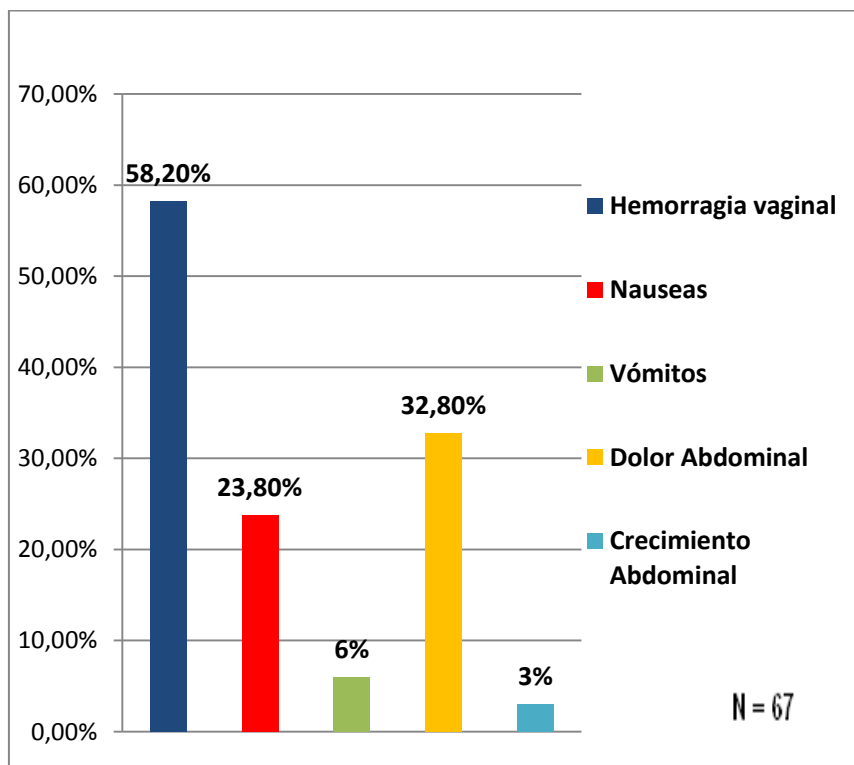
FUENTE: Boleta de Recolección de datos Hospital Regional de Zacapa

GRÁFICA No. 3 DISTRIBUCIÓN SEGÚN MOTIVO DE CONSULTA DE LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO MOLAR INGRESADAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA DURANTE EL PERÍODO DE ENERO 2009 A DICIEMBRE 2013



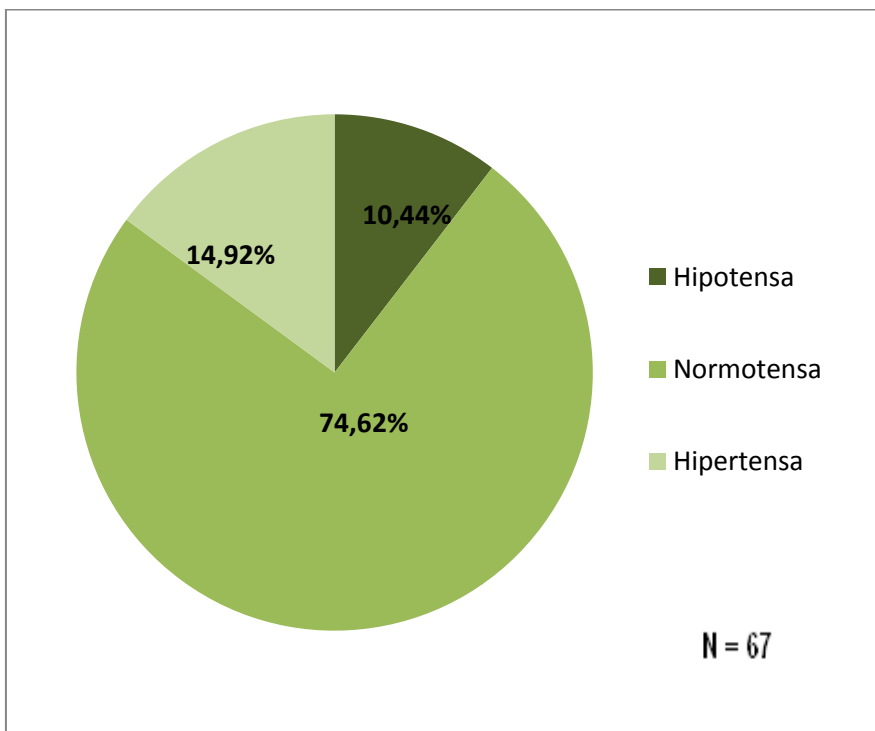
FUENTE: Boleta de Recolección de datos Hospital Regional de Zacapa

GRÁFICA No. 4 DISTRIBUCIÓN SEGÚN SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES DE LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO MOLAR INGRESADAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA DURANTE EL PERÍODO DE ENERO 2009 A DICIEMBRE 2013



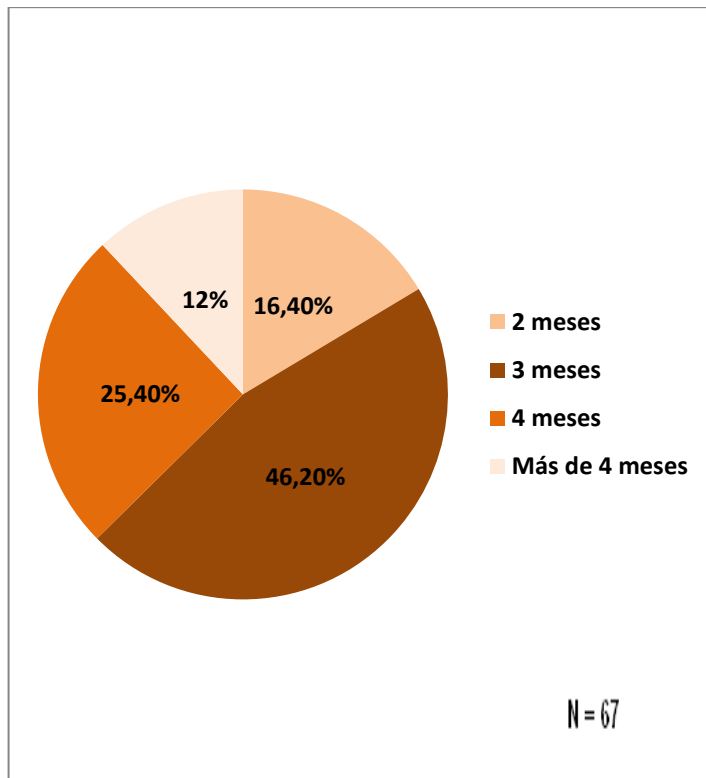
FUENTE: Boleta de Recolección de datos Hospital Regional de Zacapa

GRAFICA No. 5 DISTRIBUCIÓN SEGÚN NIVEL DE PRESIÓN ARTERIAL DE LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO MOLAR INGRESADAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA DURANTE EL PERÍODO DE ENERO 2009 A DICIEMBRE 2013



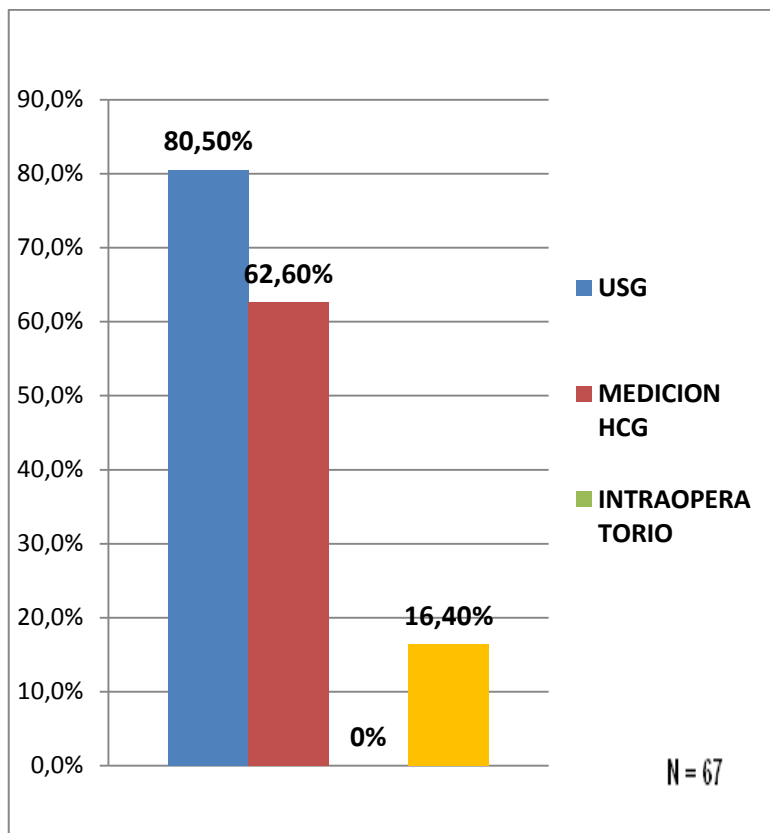
FUENTE: Boleta de Recolección de datos Hospital Regional de Zacapa

GRAFICO No. 6 DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD GESTACIONAL EN EL MOMENTO DE APARICIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO MOLAR INGRESADAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA DURANTE EL PERÍODO DE ENERO 2009 A DICIEMBRE 2013



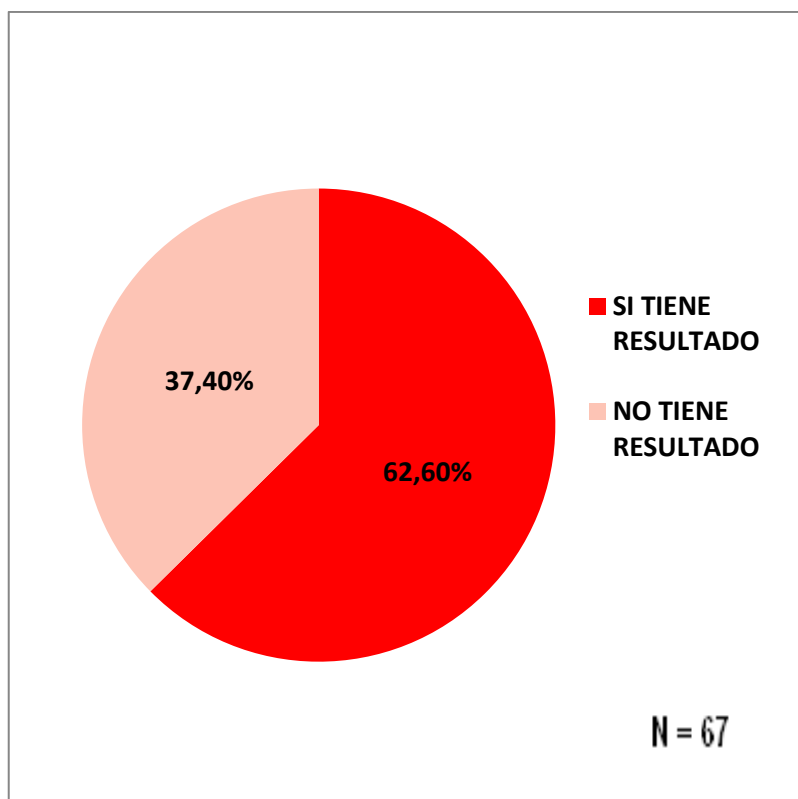
FUENTE: Boleta de Recolección de datos Hospital Regional de Zacapa

GRÁFICA No.7 DISTRIBUCIÓN SEGÚN MÉTODO DIAGNÓSTICO UTILIZADO EN LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO MOLAR INGRESADAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA DURANTE EL PERÍODO DE ENERO 2009 A DICIEMBRE 2013



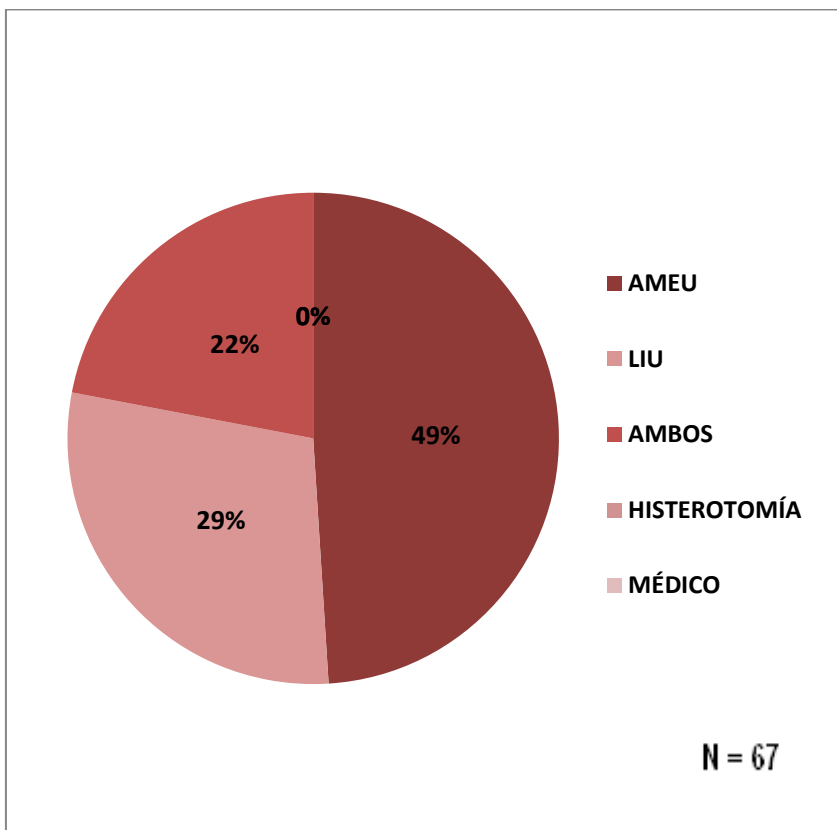
FUENTE: Boleta de Recolección de datos Hospital Regional de Zacapa

GRAFICA No. 8 DISTRIBUCIÓN SEGÚN RESULTADO PATOLÓGICO DE LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO MOLAR INGRESADAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA DURANTE EL PERÍODO DE ENERO 2009 A DICIEMBRE 2013



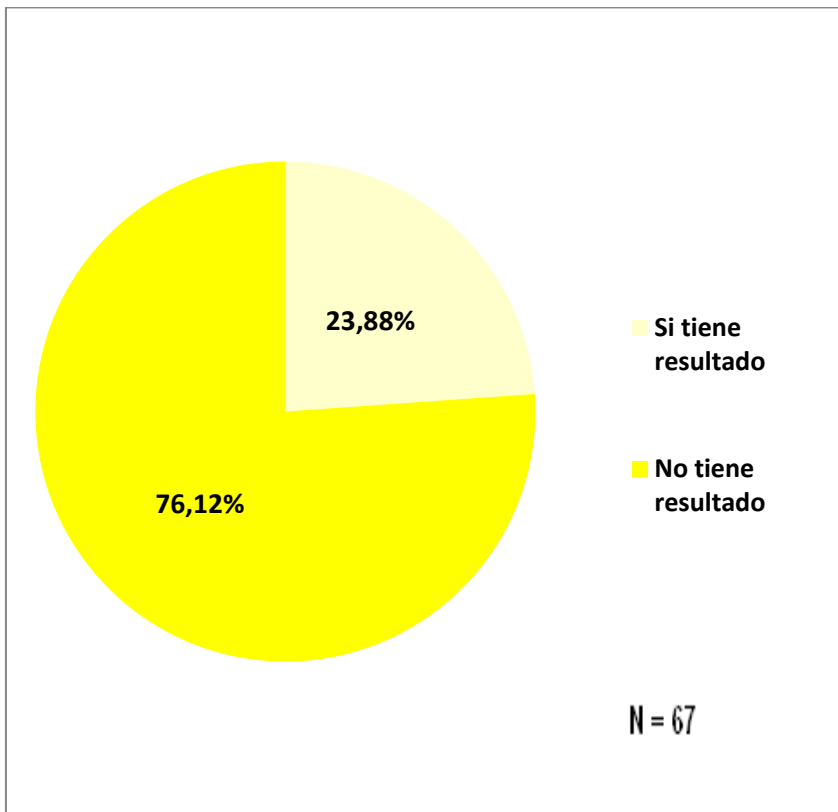
FUENTE: Boleta de Recolección de datos Hospital Regional de Zacapa

GRÁFICA No. 9 DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIPO DE TRATAMIENTO EVACUADOR DE LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO MOLAR INGRESADAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA DURANTE EL PERÍODO DE ENERO 2009 A DICIEMBRE 2013



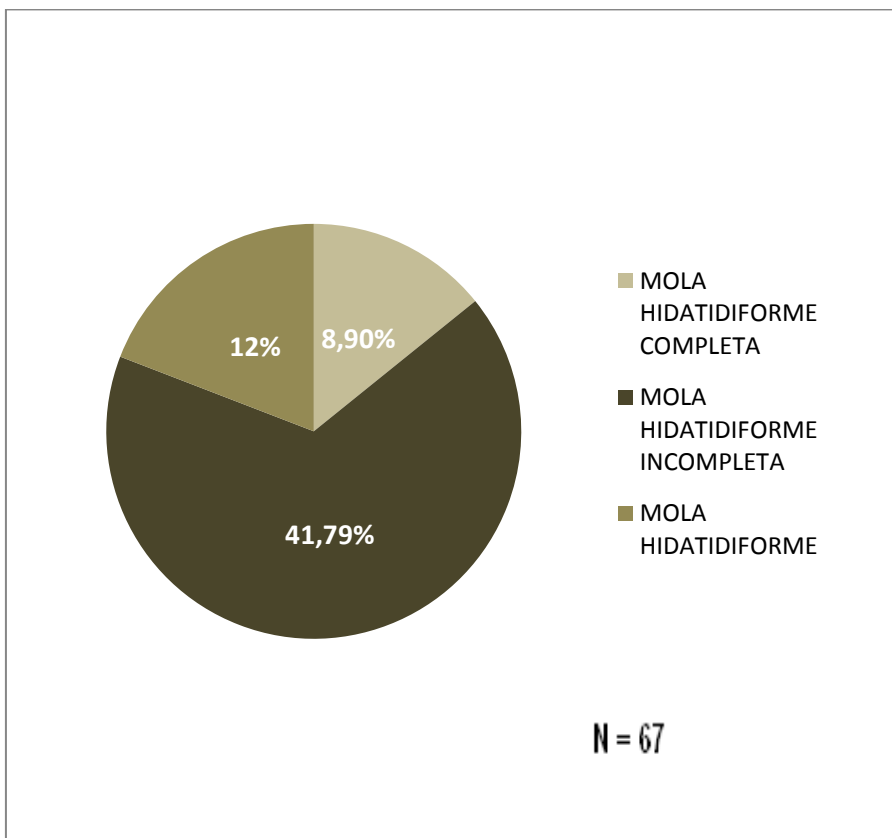
FUENTE: Boleta de Recolección de datos Hospital Regional de Zacapa

GRÁFICA No. 10 DISTRIBUCIÓN SEGÚN RESULTADO DE PRUEBAS TIROIDEAS DE LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO MOLAR INGRESADAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA DURANTE EL PERÍODO DE ENERO 2009 A DICIEMBRE 2013



FUENTE: Boleta de Recolección de datos Hospital Regional de Zacapa

GRÁFICA No. 11 DISTRIBUCIÓN SEGÚN CLASIFICACIÓN PATOLÓGICA EN MOLA COMPLETA E INCOMPLETA DE LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO MOLAR INGRESADAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA DURANTE EL PERÍODO DE ENERO 2009 A DICIEMBRE 2013



FUENTE: Boleta de Recolección de datos Hospital Regional de Zacapa

VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

La enfermedad trofoblástica gestacional se clasifica en 3 variedades: mola hidatidiforme, mola infiltrante y coriocarcinoma; las cuales están relacionadas. En Guatemala, se reportan un caso por cada 600 partos normales (22), así mismo en otros estudios realizados como en el Hospital de Antigua reportan un caso por cada 400 partos. En el Hospital Regional de Zacapa no existen reportes exactos sobre la prevalencia, evolución o complicaciones del embarazo molar, debido a esto surge la necesidad de realizar un estudio que permita demostrar la importancia del diagnóstico de dicha patología.

En el Hospital Regional de Zacapa la prevalencia de mola hidatidiforme es de 3.6 por cada 1000 partos atendidos, los cuales fueron diagnosticados por imagen o hallazgos incidentales por el resultado de patología.

El riesgo de padecer enfermedad molar crece en edades límites reproductivas(13), sin embargo en nuestro estudio 19 de ellas se encuentran entre los 21 a 25 años de edad, el grupo étareo más numeroso con 21 pacientes fue de 26 a 30 años. Siendo más frecuente las paciente procedentes del departamento de Zacapa con un 59.7%.

Estudios realizados en el Hospital Roosevelt muestran que sólo 4% de pacientes llevan un seguimiento adecuado; mientras que en nuestro estudio se pudo demostrar que no hay datos registrados de la totalidad de las pacientes sobre plan educacional o seguimiento de su patología.

Cuando hablamos sobre la sintomatología y motivo de consulta de la paciente, es similar descrita en la literatura (11,17), ya que la mayoría refirió dolor abdominal, hemorragia vaginal y vómitos; constituyendo de esta forma los síntomas principales. Una descripción clara de la enfermedad trofoblástica es que no existe correlación entre la altura uterina y la edad gestacional calculada por fecha de última menstruación debido a que en el embarazo molar el crecimiento uterino es más rápido de lo habitual, lo cual se pudo demostrar en el 58% de las pacientes evaluadas.

No se pudo establecer el riesgo de recurrencia del trastorno, ya que ninguna paciente refirió como antecedente dicha patología, en su mayoría las pacientes eran primigestas con un 35.8%, por lo que queda demostrado que la paridad es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad molar.

No se pudo corroborar la relación de la hipertensión con la enfermedad trofoblástica, ya que el 74.6% de las pacientes ingresaron y se mantuvieron normotensas, dicho signo es muy frecuente en esta patología (6), y su existencia sugiere dicho diagnóstico. Se brindó en el 100% de las pacientes tratamiento quirúrgico, siendo el tratamiento evacuador con un 49.25% el Aspirado Manual Endouterino, el cual causa menos efectos adversos y es menos doloroso para las pacientes.

Actualmente se considera como indicador pronóstico para la progresión a cáncer, el nivel de la hormona gonadotropina Coriónica humana en su subunidad Beta, pre y postevacuación de la mola y no basados en la proliferación trofoblástica que el examen histológico pueda reportar(4,9,19); en nuestro estudio mos no se pudo establecer dicha relación debido a que solo el 62.6% de las pacientes ingresadas se les realizó medición por no tener dicho examen en el hospital

y la paciente no cuenta con recursos para realizarlo en forma externa

Vale la pena mencionar y resaltar que al momento de revisión de los expedientes con diagnóstico de ingreso de embarazo molar, el 14.9% (10 expedientes) no coincidieron con el resultado de la patología. Y solo 5 expedientes cuentan con el resultado archivado en la papeleta.

Una de las complicaciones asociadas a embarazo molar es el riesgo de tormenta tiroidea, debido a su relación con los niveles elevados de gonadotrofinas; el 23.88% de las pacientes contaban con la medición de la misma (de las cuales el 100% estaban en límites normales), esto debido a no tener en el laboratorio los reactivos necesarios para realizar dichas pruebas.

En conclusión, la frecuencia de mola en nuestro departamento es de 3.6 por cada 1000 partos normales atendidos, de los cuales el 80.6% fue diagnosticado por imagen y en el 62.6% se confirmó dicho diagnóstico por patología.

Es lamentable como esta patología que en un 10% evoluciona a maligna y alrededor del 2.5% a coriocarcinoma, no cuente en nuestro Hospital con un adecuado seguimiento y tratamiento. No hay registro de controles de medición de subunidad Beta cuantificada y mucho menos de evolución a coriocarcinoma en alguna de ellas.

El principal motivo de realizar esta investigación fue con el objetivo de dejar plasmada la importancia de llevar un adecuado seguimiento y tratamiento para evitar complicaciones en futuras gestaciones. Existe en nuestro Hospital un protocolo establecido para el manejo de dichos casos, sin embargo

considero que por múltiples factores como: pérdida de expedientes, no recoger resultados de la patología, falta de interés o incomprensión de la paciente, ausencia de medición de subunidad Beta o escasos recursos económicos, no es posible dar un diagnóstico, tratamiento y seguimiento adecuado a nuestras pacientes. Con el paso del tiempo se han obtenido más recursos para brindar mejor atención a las pacientes, entre ellos cabe resaltar el existir un postgrado de Ginecoobstetricia y contar con Médicos patólogos que nos brindan un mejor diagnóstico. Por lo tanto, esta investigación puede servir de precedente para implementar mejoras en el manejo de la Enfermedad trofoblástica Gestacional.

6.1 CONCLUSIONES

Después de haber realizado el estudio sobre la **“Descripción de los hallazgos anatomopatológicos y clínicos del embarazo molar en las pacientes del servicio de Ginecología del Hospital regional de Zacapa de Enero 2009 a Diciembre 2013”**, se llegó a las siguientes conclusiones:

- 6.1.1 La prevalencia de embarazo molar en el Hospital Regional de Zacapa es de 3.6 por cada 1000 partos atendidos.
- 6.1.2 El grupo étnico más afectado está comprendido entre los 26 a 30 años de edad.
- 6.1.3 El principal motivo de consulta de las pacientes fue por diagnóstico de embarazo molar por ultrasonido en un 80.6%
- 6.1.4 Los síntomas más frecuentes al momento de consulta fueron hemorragia vaginal con un 58.2%, seguido por el dolor abdominal en un 32.8%
- 6.1.5 Solo el 14.9% de las pacientes ingresó hipertensa, el cual es un signo clásico de embarazo molar.
- 6.1.6 El embarazo molar se dio principalmente en pacientes primigestas en un 35.8%.
- 6.1.7 Solamente al 62.6% de las pacientes se les realizó medición de Subunidad B, debido a no realizar dicho examen en el hospital y la paciente no contar con recursos para realizarla en forma externa.

- 6.1.8 El 62.68% de las pacientes contaban con un resultado patológico positivo para mola hidatidiforme.
- 6.1.9 En 14.92% de las pacientes (10 expedientes), el diagnóstico de mola hidatidiforme al ingreso no coincidió con el informe de patología.
- 6.1.10 En el informe de patología, el 41.79 % fue diagnóstico de Mola Hidatidiforme Incompleta, el 8.9% Mola hidatidiforme completa y el 12% solo Mola Hidatidiforme (sin especificar completa o incompleta).
- 6.1.11 En el 100% de las pacientes se les brindó tratamiento quirúrgico, siendo más frecuente el AMEU con un 49.25%

6.2 RECOMENDACIONES

- 6.2.1 Que toda paciente en edad reproductiva, que desee un embarazo, hacerle ver la importancia de inicio de control prenatal temprano, para el bienestar de ellas como del producto de la gestación.
- 6.2.2 Tomar conciencia sobre la importancia del seguimiento postevacuación de las pacientes.
- 6.2.3 Colocar el resultado del informe patológico en la papeleta cuando la paciente llegue a reconsulta para su seguimiento.
- 6.2.4 Recomendar al Hospital regional de Zacapa la implementación en el departamento de Laboratorio la medición de subunidad B cuantificada y pruebas tiroideas, para que toda paciente pueda tener un diagnóstico certero y de calidad.
- 6.2.5 Al personal médico y paramédico que hagan énfasis en el plan educacional para la planificación familiar y seguimiento de las pacientes.
- 6.2.6 Insistir a las pacientes embarazadas la importancia de realizar un ultrasonido temprano, para el diagnóstico oportuno de embarazo molar.
- 6.2.7 Hacer énfasis a cada paciente sobre los riesgos y complicaciones de la enfermedad trofoblástica, para que reconsulten con los controles de niveles de subunidad B.

6.2.8 Todo médico tratante de pacientes con enfermedad del trofoblasto, deben tomar en cuenta que el tratamiento quirúrgico de elección es el Legrado por aspiración (según la literatura) pues el tejido uterino se encuentra friable, corriendo el riesgo de perforación o recurrencia de mola.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schwarcz R; Diaz, AG; Fescina, R. 1995. "Salud reproductiva materna perinatal: atención prenatal y del parto de bajo riesgo". México, Editorial Salva. Obstetricia Schwarcz p. 163 – 172.
2. Salvat Editores S:A: 1997 Pritchard, J; MacDonald, P; Gant, N. 1996. Obstetricia de Williams. 3 ed. México, Editorial Salvat. p. 153-154.
3. Robbins, Patología Funcional. 2000 6ta. Edición Editorial Interamericana Mc Graw-Hill
4. Protocolo de Ginecoobstetricia Hospital Regional de Zacapa
5. Novak. Tratado de Ginecología. 11va Edición, Nueva Editorial Interamericana S.A.
6. Botella Llusia JA. Tratado de Ginecología 12 edición Barcelona, Editorial Científico-Médica 1981 p 598-621
7. Crum CP. 1998 Enfermedad trofoblástica gestacional. En: Cotran RS, Vinay K Tucker. España. P 331-338
8. Benedet JL, Pecorelli S. 2000 "Guías para la clasificación y práctica clínica en el manejo de cáncer ginecológico", FIGO. Comité ginecología y Obstetricia.
9. Dexus Trias de Bes JM.1989 Obstetricia y Ginecología La Habana Editorial Científico-Técnica. P 222-232

10. Urbansky – Tk. Higgings Pg.1996 Mola Hidatidiforme en coexistencia con el embarazo. México. P 345-356
11. Zalel y Dagani R. 2003 “Enfermedad trofoblástica gestacional seguimiento en la evacuación de 77 casos” Ginecología y obstetricia reporte biológico. P 39-48
12. Berkowitz RS. Goldstein DP. 1999 “Tumores Corionicos”.N. Engl J Med.
13. Romero Horgan JG, Kohorn, Taylor Hobbins. 1985 “Criterios para el Diagnóstico de Enfermedad trofoblástica”. Obstetricia ginecología. P 287 - 299
14. González Merlo, J y Laila, J.M. 2006 Obstetricia. Barcelona, España. Editorial Masson. 5ta Edición
15. Protocolos de Manejo. Clínicas de Rafael Calvo. Barcelona, España
16. Jones, H; Wentz, A; Burnett, L. 2000. Tratado de ginecología de Novak. 11 ed. Mexico, Editorial Interamericana McGraw Hill. p. 104.
17. Kroeger, A; Luna, R. 2000. Atención primaria de salud / principios y métodos. México, Editorial Pax. p. 239 – 241.
18. Lucero, G; Andina, E. 2003. Guía de control prenatal para embarazo normal. Colombia, Editorial Casini. p. 15–23.

19. Goldberg, D. 2004. Embarazo de alto riesgo (en línea). Virginia, US. Consultado 16 mar. 2009. Disponible en <http://www.heltsystem.virginia.edu>.

20. Hospital Modular de Chiquimula, GT. 2009. Datos estadísticos sobre maternidad de enero a diciembre 2008. Consultado 18 feb. 2009. Chiquimula, GT, Departamento de Estadística.

21. INE (Instituto Nacional de Estadística,GT). 2008. Base de datos estadísticos (en línea). Guatemala. Consultado 16 mar. 2009. Disponible en [http //:www.ini.com.gt](http://www.ini.com.gt)

22. Calderón Velásquez Mirna. Prevalencia de embarazo molar. 1996.
Tesis de la Facultad de Ciencias Médicas USAC.
Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala.

VIII. ANEXOS

8.1 BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha: _____ No. De registro: _____

Edad: _____ Procedencia: _____

Fecha Última Regla: _____

PARIDAD

Primigesta _____

2 a 3 gestas _____

4 a 5 gestas _____

Más de 5 gestas _____

MOTIVO DE CONSULTA:

SINTOMAS presentados por la paciente:

- Hemorragia vaginal:
- Nauseas
- Vómitos
- Dolor abdominal
- Crecimiento abdominal

SIGNOS:

Presión Arterial:

Sistólica_____ Diástolica_____

Hipotensa_____ Normotensa_____

Hipertensa_____

Altura Uterina: _____

Existe correlación altura uterina y fecha de última regla:

SI_____ NO_____

EDAD GESTACIONAL:

DIAGNÓSTICO

- Método diagnóstico utilizado:

Medición de Gonadotropina Coriónica:

- Urinaria _____
- Sérica:_____
- Ultrasonido Obstétrico_____
- Rayos X de abdomen_____

TRATAMIENTO

Quirúrgico:

Lgrado por aspiración_____

Lgrado instrumental_____

Histerotomía _____

Histerectomía _____

LABORATORIOS

Gonadotropina Coriónica SI_____

NO_____

Diagnostico Patológico SI_____

NO_____

Resultado:_____

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIA DEL TRABAJO

El autor concede el permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada **“DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS ANATOMOCLÍNICAS Y HALLAZGOS PATOLÓGICOS DE EMBARAZO MOLAR”** para propósitos de consulta académica. Sin embargo quedan reservados los derechos del autor, que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.