

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



**CARACTERIZACIÓN CLÍNICO ANATOMOPATOLÓGICA DE LAS PACIENTES CON
ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA.**

**FÉLIX FERNANDO PÉREZ LAPARRA
DACIA MARIA GONZALEZ LOBOS**

**Tesis
Presentada ante a las autoridades de la
Escuela de Estudios de postgrado de la
Facultad de Ciencias médicas
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad Ginecología y Obstetricia
Para obtener el grado de
Maestro/a en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Enero 2018.**



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.OI.438.2017

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Félix Fernando Pérez Laparra

Carné Universitario No.: 200610169

El (la) Doctor(a): Dacia María González Lobos

Carné Universitario No.: 201490042

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Ginecología y Obstetricia**, el trabajo de TESIS **CARACTERIZACIÓN CLÍNICO ANATOMOPATOLÓGICA DE LAS PACIENTES CON ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA**

Que fue asesorado: Dr. Edwin Papadopolo Vásquez MSc.

Y revisado por: Dr. César Augusto Reyes Martínez MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **enero 2018**.

Guatemala, 24 de noviembre de 2017


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



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

Guatemala, 28 de julio del 2017

Doctor

Héctor Fong

Docente Responsable

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y obstetricia

Hospital General San Juan de Dios

Presente

Respetable Dr.:

Por este medio, informo que he asesorado a fondo el informe final de graduación que presentan el doctor **Félix Fernando Pérez Laparra**, Carné No. 200610169 y la doctora **Dacia María González Lobos**, Carné No 201490042 de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y obstetricia el cual se titula: **"CARACTERIZACION CLINICO ANATOMOPATOLOGICA DE LAS PACIENTES CON ENFERMEDAD TROFOBLASTICA"**.

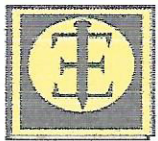
Luego de la asesoría, hago constar que el doctor **Pérez** y la doctora **González** han incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior, emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo que está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAR A TODOS"

Dr. _____ MSc.

Dr. Edwin Papadopolo
Asesor de Tesis



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

Guatemala, 28 de julio del 2017

Doctor
Héctor Fong
Docente Responsable
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y obstetricia
Hospital General San Juan de Dios
Presente.

Respetable Dr.:

Por este medio, informo que he revisado a fondo el informe final de graduación que presenta el doctor **Félix Fernando Pérez Laparra**, Carné No. 200610169 y la doctora **Dacia María González Lobos**, Carné No 201490042 de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y obstetricia el cual se titula: **"CARACTERIZACION CLINICO ANATOMOPATOLOGICA DE LAS PACIENTES CON ENFERMEDAD TROFOBLASTICA"**.

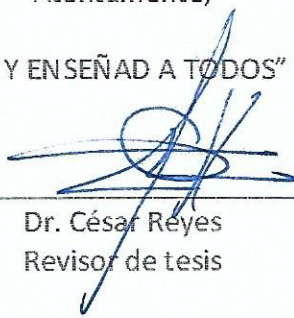
Luego de la revisión, hago constar que el Dr. **Pérez Laparra** y la doctora **González Lobos**, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior, emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo que está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Dr.

MSc.


Dr. César Reyes
Revisor de tesis



A: Dra. Hector Ricardo Fong Veliz, MSc.
Docente Responsable de investigación.
Hospital General San Juan de Dios

De: Dr. Mynor Ivan Gudiel Morales
Unidad de Tesis Escuela de Estudios de Post-grado

Fecha de recepción del trabajo para revisión: 1 de Septiembre 2017

Fecha de dictamen: 11 de Septiembre 2017

Asunto: Revisión de Informe final de:

FELIX FERNANDO PEREZ LAPARRA

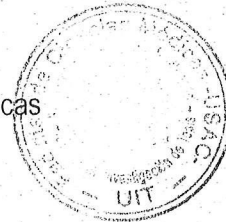
DACIA MARIA GONZALEZ LOBOS

Título:

CARACTERIZACION CLINICO ANATOMOPATOLOGICA DE LAS PACIENTES CON
ENFERMEDAD TROFOBLASTICA

Sugerencias de la revisión:

- Completar como mínimo 25 referencias bibliográficas.
- Autorizar examen privado al realizar sugerencias.



Dr. Mynor Ivan Gudiel Morales
Unidad de Tesis Escuela de Estudios de Post-grado

INDICE

1. Introducción.....	I
2. Antecedentes.....	II
2.2 Epidemiología	II
2.3 Factores Riesgo.....	III
2.4 Antecedentes Obstétricos.....	III
2.5 Otros Factores	III
2.6 Manifestaciones Clínicas.....	IV
2.7 Diagnósticos Diferenciales	IV
2.8 Mola Hidatiforme	IV
2.9 Mola Hidatiforme Completa	V
2.10 Mola Parcial	V
2.11 Características diferenciales mola hidatiforme	V
2.12 Y 13 Enfermedad trofoblastica maligna	VI
2.14 Tumores trofoblasticas sitio placentario	VI
2.15 Evaluación.....	VI
2.16 Diagnostico Patológico.....	VII
2.17 Tratamiento.....	VII
2.18 Quimioterapia profiláctica	VIII
3. Objetivos.....	X
4. Metodología.....	X-XIII
5. Resultados	XIV- XVIII
6. Discusión y Análisis	IXX
6.1 Conclusiones.....	XX
6.2 Recomendaciones.....	XXI
9. Referencias Bibliográficas.....	XXII- XXIII
10. Anexos.....	XXIV-XXIX

INDICE TABLAS

1. TABLA 1 Y 2	IXV
2. TABLA 3, 4 Y 5	XV
3. TABLA 6, 7 Y 8	XVI
4. TABLA 9 Y 10	XVII
5. TABLA 11 Y 12	XVIII

INDICE DE GRAFICAS

1. Grafica 1 y 2	IXXV
2. Grafica 3 y 4	XXV
3. Grafica 5 y 6	XXVI
4. Grafica 7 y 8	XXVII
5. Grafica 9 y 10	XXVIII

RESUMEN

OBJETIVO: Identificar las características clínicas anatomopatológicas que presentan las pacientes con enfermedad molar que consultan al departamento Ginec Obstetricia Hospital General San Juan de Dios Enero 2014-Junio 2016. **MÉTODOS** Tipo y diseño investigación: descriptivo transversal. Datos epidemiológicos y clínicos obtenidos de los expedientes de los pacientes que estuvieron o están ingresados en el departamento Ginec Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios. **MARCO MUESTRAL** Se tomó el universo completo de pacientes diagnosticadas con enfermedad molar en las fechas establecidas, el total fue 45 pacientes. **RESULTADOS** La edad con mayor prevalencia fue el rango 21-30 años siendo 26%, el 100% de las pacientes presentó hemorragia uterina. 80% de las pacientes estudiadas presentaban índice masa corporal 18.4-24.9. El 100 % pacientes presentaba nivel socioeconómico bajo, el 56% de las pacientes cursaban edad gestacional entre 11-20 semanas. 60% de las pacientes presentaba anemia, el 80% de las pacientes su grupo y rh O+. El diagnóstico histopatológico con mayor prevalencia es mola hidatiforme incompleta 89%, seguida mola hidatiforme completa 9% y se identificó un caso coriocarcinoma representa 2%. Una paciente presentó enfermedad de base hipotiroidismo, la cual no presenta significancia estadística para la investigación. **CONCLUSIONES:** La caracterización clinicoanatomopatológica es la siguiente: “Primigestas 20 años edad, con nivel socioeconómico bajo, con edad gestacional entre 11-20 semanas, sin trastornos índice masa corporal, que consultaron a esta institución por hemorragia uterina, asociada anemia, con grupo y rh O+, con niveles hcg sub unidad b cuantificada >50,000MU/L, sin comorbilidades, cuyo diagnóstico histopatológico post evacuación fue mola hidatiforme parcial.”

I. INTRODUCCIÓN

La enfermedad trofoblástica gestacional se define como una serie de enfermedades que se originan a partir de la placenta. Esto incluye las molas completas y parciales, tumores trofoblasticos del sitio placentario, coriocarcinomas y molas invasivas (1).

Una mola completa no contiene tejido fetal, 90% son 46 XX y 10% 46 XY. Las molas completas se dividen en mola completa androgenetica y mola completa bipaternal (genes materno y paternos presentes). En una mola parcial, el tejido fetal está presente, Eritrocitos y vasos fetales son encontrados comúnmente. Cromosómicamente son 69 XXX o 69 XXY. Esto es resultado de una fertilización de un ovulo haploide y la duplicación de cromosomas paternos haploides o diespermia.(20)

Se ha reportado que la frecuencia del embarazo molar es variable. El rango de frecuencias reportadas es de 1 en 100 embarazos en Indonesia, a 1 en 200 embarazos en México a 1 en 5000 embarazos en Paraguay. Con el estudio del material patológico de los abortos en el primer y en el segundo trimestre es posible establecer una frecuencia de mola parcial y completa en Inglaterra de 1 de cada 1945 embarazos y de 1 de cada 695 embarazos respectivamente. (1)

En Guatemala la frecuencia es de 1 por cada 670 partos normales, según Aramburu en 1998. Además por ser un país subdesarrollado en el cual la mayoría de su población es de nivel socioeconómico bajo, con una dieta inadecuada que no cumple los requerimientos básicos, además con un inicio temprano de vida sexual, hace a las pacientes proclives a este tipo de patología. En el año 2013 se detectaron en el Hospital General San Juan de Dios aproximadamente 17 casos, mientras que de enero del 2014 a junio del mismo año, se diagnosticaron 23 casos, lo que sobrepasa la cifra del año anterior por mucho y es indicativo que el número de pacientes diagnosticadas pueden ir en aumento.(1)

En el departamento de Ginecología y Obstetricia no se ha caracterizado a las pacientes ni se conoce cuál de las dos tipos de mola es más frecuente.

El presente trabajo se efectuó en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios de enero del 2014 a junio del 2016.

II. ANTECEDENTES

La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) es un desorden proliferativo de las células trofoblásticas. Se define como un grupo heterogéneo, de lesiones interrelacionadas provenientes del epitelio trofoblástico de la placenta. Todas las formas de esta enfermedad son caracterizadas por un marcador tumoral diferente, la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana (hCG). La patogénesis de esta enfermedad se debe a un tumor materno que se desarrolla del tejido gestacional. (3)

Existen tipos histológicos diferentes:

- Mola hidatidiforme (parcial o completa)
- Neoplasia trofoblástica gestacional persistente o invasiva
- Coriocarcinoma
- Tumores trofoblásticos del sitio placentario

2.1 Clasificación de la Organización Mundial Salud modificada para enfermedad Trofoblástica.
<p>LESIONES MOLARES Mola Hidatiforme Completa Parcial Mola invasora</p> <p>LESIONES NO MOLARES Coriocarcinoma Tumor Trofoblástico en el sitio placentario Tumor trofoblástico epiteloide</p>

(3)

Las molas hidatiformes parciales y completas son no invasivas. Estos tumores son localizados y se desarrollan a partir de una fertilización aberrante que conlleva a un proceso proliferativo. Estas abarcan el 90% de los casos de ETG. Las otras 3 categorías representan enfermedades malignas debido a su poder potencial de invasión local y metástasis. La enfermedad maligna se puede desarrollar a partir de un embarazo molar o a partir de cualquier experiencia gestacional: aborto espontáneo o inducido, embarazo ectópico, o embarazo pretermino o a término. La transformación maligna de tejido trofoblástico está probablemente relacionado a la activación de oncogenes e inactivación de genes supresores tumorales. (3)

2.2 EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia de la enfermedad trofoblástica varía ampliamente alrededor de cada región del planeta. La incidencia de la mola hidatidiforme varía de 23 a 1299 casos por cada 100 mil embarazos, mientras que la enfermedad maligna es menos común. En Norte América y Europa se reportan rangos bajos o intermedios de la enfermedad (1 por 1000 a 1500 embarazos), mientras que en Asia y Latinoamérica tienen cifras más altas (1 por 12 a 500 embarazos). Algunos grupos étnicos parecen tener mayor riesgo de enfermedad trofoblástica gestacional. Las hispanas y nativas norteamericanas que viven en Estados

Unidos tienen una incidencia más alta, al igual que ciertos grupos poblacionales que viven en el sureste de Asia. (21)

2.3 FACTORES DE RIESGO

Los dos factores de riesgo más importantes son los extremos de las edades (más de 35 años) e historia de enfermedad trofoblástica gestacional previa. (19)

- **EXTREMOS DE EDAD:** El mejor factor de riesgo establecido es la edad materna. Comparado con el riesgo de ETG en la población en general de edad reproductiva, el riesgo aumenta significativamente en mujeres mayores de 35 años y en las menores de 20 años. Sin embargo, la mayoría de casos ocurre en pacientes menores de 35 años debido al mayor número de embarazos en mujeres más jóvenes. La edad paterna no parece tener influencia en el riesgo de esta enfermedad sin embargo es tema de discusión ya que hay algunos estudios que si relacionan a la edad paterna con mayor prevalencia de enfermedad molar.

La tecnología reproductiva asistida ha aumentado la fertilidad potencial de mujeres mayores, lo cual aumenta la proporción de casos en este grupo de pacientes. Este factor es de interés ya que la mayoría de secuelas malignas ocurren en mujeres mayores (4)

2.4 ANTECEDENTES OBSTETRICOS

Además de la edad, el antecedente embarazos fallidos previos aumenta el riesgo de enfermedad trofoblástica gestacional. Por ejemplo un aborto espontáneo previo eleva por lo menos al doble el riesgo de embarazo molar. (3)

- **HISTORIA PREVIA DE ENFERMEDAD TROFOBLASTICA GESTACIONAL:**

Los estudios en Estados Unidos e Inglaterra han evidenciado que las mujeres con historia de un embarazo molar (parcial, completa, o neoplasia trofoblástica gestacional persistente) tienen aproximadamente el 1% de recurrencia en embarazos subsecuentes (comparado con un 0.1% de incidencia en la población general de los Estados Unidos). La recurrencia es mayor después de 2 embarazos molares (16 a 28%).(5)

Otros factores de riesgo asociados a esta enfermedad son el cigarrillo (más de 15 cigarrillos por día), tipos de sangre maternos AB, A o B, historia de infertilidad, nuliparidad, y uso de anticonceptivos orales. El mecanismo de estas asociaciones no se ha podido explicar, pero un aumento en el riesgo ha sido constantemente comprobado. Poblaciones con deficiencia de vitamina también se ha visto aumentado.(4)

2.5 OTROS FACTORES

En varios estudios de casos y testigos, el uso de anticonceptivos orales combinados, se ha relacionado con un aumento en el riesgo de enfermedad trofoblástica gestacional. En particular, el uso previo de anticonceptivos orales combinados casi duplica el riesgo, y la mayor duración de uso parece tener relación directamente proporcional con el riesgo. Además las mujeres que usaron anticonceptivos combinados durante el ciclo en el que iniciaron el embarazo parece tener un riesgo cuatro veces mayor, Sin embargo

muchas de estas relaciones son débiles y podrían explicarse por factores de confusión distintos a la causalidad.

Ciertas características epidemiológicas difieren mucho entre las molas parciales y las completas, por ejemplo la deficiencia de vitamina A, y la ingesta dietética de baja de carotenos se relacionan con un mayor riesgo solo de molas completas, las molas parciales se han vinculado con niveles educativos más altos, tabaquismos, ciclo menstruales irregulares y otros relatos en los que solo hay lactantes varones en los nacimientos previos. (3)

2.6 MANIFESTACIONES CLINICAS

Las manifestaciones clínicas de la enfermedad gestacional trofoblastica incluyen:

- Hemorragia vaginal
- Aumento de tamaño de útero
- Dolor o presión pélvica
- Quistes de la teca luteinica
- Anemia
- Hiperemesis gravídica
- Hipertiroidismo
- Preeclampsia antes de las 20 semanas
- Salida vaginal de vesículas hidrópicas(6)

La pacientes con enfermedad trofoblastica gestacional que se presentan con estas características clínicas generalmente son mal diagnosticadas. Debido a que el embarazo es la causa más común de aumento de la gonodotropina coriónica humana, generalmente se inicia con una complicación del embarazo (amenaza de aborto, embarazo ectópico, etc).(12)

El hipertiroidismo clínico se desarrolla en aproximadamente 5% de las mujeres con ETF. Como ya se sabe, la hCG, tiene actividad de estimulación tiroidea, el desarrollo de hipertiroidismo requiere elevación de la hCG >200,000 mIU/mL por varias semanas. La enfermedad trofoblastica gestacional asociada a hipertiroidismo, resuelve con tratamiento para la ETG. Algunas pacientes pueden requerir terapia anti tiroidea hasta que se de tratamiento para la patología de base. El criterio para el tratamiento y el manejo es el mismo que para cualquier otra paciente embarazada hipertiroidea.(7)

2.7 DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES

En mujeres en edad reproductiva con hemorragia vaginal, los diagnósticos pueden incluir causas ginecológicas y complicaciones del primer trimestre del embarazo. Por tanto la medición inicial, de B-hcg sérica o urinaria es invaluable para guiar la valoración diagnostica. (3)

2.8 MOLA HIDATIDIFORME

La mola completa y parcial son consecuencia de una fertilización aberrante con la proliferación del tejido trofoblastico, no después de un embarazo clínico (aborto espontaneo o inducido, embarazo ectópico o embarazos pre termino o a término) Las mujeres con este desorden generalmente se presenta con amenorrea y prueba de embarazo positiva,

además con signos y síntomas de un embarazo temprano. La hemorragia vaginal, que resulta de la separación del tumor de la decidua es común y generalmente es tratada como una amenaza de aborto. (7)

2.9 MOLA HIDATIDIFORME COMPLETA

Es el resultado de la fertilización de un ovocito vacío por dos espermatozoides o dos espermatozoides que se duplican, dando resultado en un caritipo 46XX o 46XY. La presencia de una mola completa (carente de feto), generalmente conlleva a un aumento del útero adecuado para la edad gestacional. El aumento del útero se debe al tumor en si mismo o por hemorragia intrauterina debido a un coagulo retenido.(7)

La elevación marcada de la hCG está asociada con una mola completa e implica complicaciones. Esta incluyen aumento de ovario debido a un agrandamiento de quistes de la teca luteinica, hiperémesis gravídica, desarrollo de preeclampsia antes de las 20 semanas e hipertiroidismo que generalmente es subclínico. Estas complicaciones ocurren generalmente en el 25% de las pacientes con un útero mayor de las 14 a 16 semanas de gestación. (10)

Los quistes de la teca luteinica se dan por una hiperestimulacion ovárica resultado de los niveles altos de hCG que están asociado a las enfermedad gestacional trofoblastica. Estos quistes son multiloculados, casi siempre bilaterales, y resuelven unas pocas semanas o meses después del tratamiento para la enfermedad de base. (7)

2.10 MOLA PARCIAL

Es el resultado de la fertilización de un ovulo haploide por dos espermatozoides o la duplicación de un espermtozoide, resultando en un cariotipo triploide (69 XXY, 69 XXX, 69 XYY). La mola parcial es la única que está relacionada con la presencia de un feto, y por lo tanto es posible detectar actividad cardiaca. Una mola parcial generalmente se diagnostica erróneamente como un aborto incompleto, el diagnóstico correcto se hace solo a través del estudio de un espécimen quirúrgico.(10)

Estos embarazos son infrecuentemente asociados con una altura uterina excesiva, aumento de los ovarios, preeclampsia, hiperémesis o hipertiroidismo, ya que los niveles de hCG son generalmente menores a los que se observan en la mola completa. (3)

2.11 CARACTERISTICAS DIFERENCIALES ENTRE MOLA COMPLETA Y MOLA PARCIAL

VARIABLES	MOLA COMPLETA	MOLA PARCIAL
Ploidia	Triploide 69,XXY.69,XXX.69XYY	Diploide 46,XX. 46,XY
Origen	Paterno, materno	Materno
Embrión/Feto	Presente (datos directos o indirectos)	Ausente
Carácter	Notable festoneado que aumentan 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

Tumefacción Hidropica	Netamente focal, menos pronunciada y lenta en su evolución.	durante la formación cisternas. Pronunciada todas las vellosidades se afectan precozmente.
Secuelas Malignas	<10%	15-20%

(2)

2.12 ENFERMEDAD TROFOBLASTICA MALIGNA DESPUES DE UN EMBARAZO MOLAR

La enfermedad trofoblástica gestacional persistente es típicamente diagnosticada en mujeres asintomáticas que se están monitorizando hCG después de la evacuación de un embarazo molar. Los datos de enfermedad persistente son de 15 a 20% después de una mola completa y de 3 a 5% después de una mola parcial. El síntoma más común es hemorragia vaginal.(11)

Aproximadamente 15% de pacientes tienen enfermedad localizada después de la evacuación de un embarazo molar, y otro 4% enfermedad metastásica. La mayoría de casos de enfermedad localizada se deben a una mola invasiva. Los tumores trofoblásticos del sitio placentario son raros. (8)

2.13 ENFERMEDAD TROFOBLASTICA MALIGNA DESPUES DE UN EMBARAZO NO MOLAR

Generalmente se diagnostica histológicamente o clínicamente por una meseta o incremento en la Gonadotropina corionica humana. El diagnostico generalmente es coriocarcinoma., el cual deriva del citotrofoblasto y ocurre aproximadamente en 1 de 16 mil embarazos normales, 1 en 15 mil abortos y 1 en 40 embarazos molares completos. El 50% de los casos del coriocarcinoma se originan de una mola hidatidiforme completa, un 35% deriva de un embarazo normal y el otro 25% de embarazo ectópico o aborto.(6) (14)

2.14 TUMORES TROFOBLASTICOS DEL SITIO PLACENTARIO

Son raros, son tumores que crecen lentamente y que se originan inmediatamente de las células del citotrofoblasto que están presentes en la placenta. Se presentan en <0.2% de los casos de enfermedad trofoblástica gestacional.

Generalmente se presenta meses o años después de una gestación a término. Hemorragia vaginal irregular y útero agrandado son comunes, amenorrea o virilización pueden ocurrir, así como también, el síndrome nefrótico.(2)

2.15 EVALUACION

La posibilidad de una enfermedad trofoblástica gestacional se debe de considerar en pacientes premenopausicas con una hemorragia vaginal anormal. Se debe de obtener los niveles de hCG, si se encuentran elevados un USG pélvico está indicado. Primero, la existencia de un embarazo debe de descartarse. (22)

ULTRASONIDO

- Mola completa: ausencia de feto o embrión, no líquido amniótico, masa heterogénea central con número de espacios anecoicos discretos, que corresponden a edema difuso de los vellos coriónicos hidrópicos. Se describe como patrón en tormenta de nieve. Además también se puede encontrar quistes de la teca luteínica.(18)
- Mola parcial: presencia de feto que puede ser viable o que presente restricción de crecimiento, líquido amniótico presente o reducido, espacios focales anecoicos o aumentos de la ecogenicidad de las vellosidades coriónicas (patrones de queso suizo), diámetro transversal de saco gestacional aumentado, quistes de la teca luteínica ausentes.(13)
- Mola invasiva: masa menos definida en el útero con presencia de áreas anecoicas. El Doppler a color tiene un flujo vascular aumentado. Puede visualizarse invasión al miometrio.(15)
- Coriocarcinoma y tumor del sitio placentario: el coriocarcinoma es una masa que agranda el útero, con una apariencia heterogénea que se correlaciona con áreas de necrosis y hemorragia. El tumor es generalmente tipo vascularizado y se puede extender a los parametrios.(9)

2.16 DIAGNOSTICO PATOLOGICO

No hay un criterio individual que distinga estas molas hidatiformes entre sí ni de embarazo no molares.

Las molas completas tienen dos rasgos prominentes característicos: 1) Proliferación trofoblástica 2) Vellosidades hidrópicas. Sin embargo, en los embarazos menores de 10 semanas existen diferencias notables con estos datos clásicos. En tales embarazos tempranos es posible que no se observen las vellosidades hidrópicas y el estroma molar aun tenga vasos sanguíneos, como resultado las molas completas a menudo deben caracterizarse mediante alteraciones morfológicas más sutiles. Por desgracia, esto puede llevar a una clasificación errónea como molas parciales o abortos espontáneos no molares.(17)

Las molas parciales se diagnostican en forma confiable cuando se demuestran tres o cuatro criterios diagnósticos mayores: 1) dos poblaciones de vellosidades, 2) vellosidades crecidas, irregulares y dismórficas (inclusiones trofoblásticas) 3) vellosidades crecidas y con cavidades (> 3mm a 4mm) 4) hiperplasia o atipia del sincitiotrofoblasto. En la mayor parte de los casos aún puede obtenerse una reproducibilidad diagnóstica adecuada si se usan estas distinciones histológicas entre mola parcial y completa. (23)

2.17 TRATAMIENTO

En pacientes que desean conservar la fertilidad, el método preferible de evaluación es el legrado por succión, sin importar tamaño del útero. Puede usarse otros procedimientos quirúrgicos para indicaciones específicas. Por ejemplo, se realiza histerectomía con conservación de los ovarios, si la paciente desea la esterilización quirúrgica. Además los quistes luteínicos de la teca regresan después del parto, pero pueden aspirarse si producen

síntomas. Sin embargo, no debe practicarse ooforectomía, salvo en casos raros en que la torsión de un ovario crecido por quiste luteínicos de la teca produce infarto ovárico extenso.(5)

Antes de la operación, las pacientes se valoran en busca de complicaciones médicas relacionadas. Por fortuna, la tormenta tiroidea por el hipertiroidismo no tratado, la insuficiencia respiratoria por embolia trofoblástica y otros trastornos concomitantes graves son poco comunes. Por la enorme vascularidad de estas placentas, se debe disponer de hemoderivados antes de la evacuación de molas grandes y de catéter adecuados para la infusión.

Al principio de la evacuación se dilata el cuello uterino para permitir el paso de una cánula plástica de aspiración Karmen de 10-12 mm. Conforme procede la aspiración del tejido molar, se aplica oxitocina a intravenosa. Debido a la posibilidad de una mola parcial y la presencia de tejido fetal, después del legrado debe administrarse inmunoglobulinas Rh, a mujeres RhD-negativas no sensibilizadas; esta puede evitarse si es seguro el diagnóstico de mola completa.(3)

2.18 QUIMIOTERAPIA PROFILÁCTICA

El propósito de la quimioterapia al momento de la evacuación molar es prevenir, el desarrollo, de GTN en pacientes de alto riesgo con poca probabilidad de cumplir la vigilancia de B-Hcg. Por ejemplo, en un estudio clínico prospectivo, doble ciego en 60 mujeres que tuvieron molas completas de alto riesgo.(15)

Como resultado, las indicaciones para quimioterapia profiláctica aún son tema de controversia. En raras ocasiones, dicha estrategia podría considerarse en paciente con mola completa y múltiples factores de riesgo (Edad mayor de 40 años, antecedente embarazo molar previo y título excesivo de B-hcg), sobre todo si no se cuenta con una prueba de B hcg, posterior a la evacuación o si se espera poco cumplimiento durante la vigilancia. (5)

SEGUIMIENTO

- 1) Rayos x de tórax previo a la evacuación.
- 2) Examen pélvico a la semana y a las 4 semanas.
- 3) Contracepción durante 12 meses: Sobre todo con ovulístico que disminuyen el pico LH, que pudieran enmascarar las determinaciones B-Hcg.
- 4) Determinación B-Hcg Cuantitativa.

En caso de no negativizarse la B-Hcg, A los 21 días, o volver esta ascender, se planteara el tratamiento con metotrexate 50mg/m², asociado a ácido fólico, o actinomicina (12ui/kg iv), repetido hasta la negativización. (6)

III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar las características clínicas que presentan las pacientes con enfermedad molar que consultan al hospital general San Juan de Dios.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 3.2.1 Caracterizar la enfermedad mola hidatiforme.
- 3.2.2 Determinar qué tipo mola hidatiforme es más común.
- 3.2.3 Identificar patologías asociadas a mola hidatiforme.

IV. MATERIAL Y METODO

Tipo y diseño de investigación: Descriptivo transversal.

Unidad de análisis

4.1 Unidad primaria de muestreo

Pacientes que cursen con enfermedad molar, y que consulten al departamento Ginecobstetricia del hospital General San Juan de Dios.

4.2 Unidad de análisis

Datos epidemiológicos y clínicos obtenidos de los expedientes de los pacientes que estuvieron o están ingresados en el departamento Ginecobstetricia del Hospital General San Juan de Dios.

4.3 Unidad de información

Mujeres que consulten al hospital General San Juan de Dios cursando con enfermedad Molar.

4.4 Población y muestra

4.4.1 Población o universo

Todas las pacientes que cursen con embarazo molar y que acudan al Hospital General San Juan de Dios.

4.5 Marco muestral

Se tomaran el universo completo, todas las pacientes que hayan sido diagnosticadas con enfermedad molar, en Hospital General San Juan de Dios, en el tiempo establecido.

4.6 Selección de sujetos a estudio

4.6.1 Criterios de inclusión

Pacientes femeninas cursando con enfermedad molar, diagnosticadas por medio de ultrasonografía, clínica y o diagnostico histopatológico.

4.7 Criterios de exclusión

Se excluirán del estudio a todas las pacientes que tuvieron expediente incompleto en la recolección de datos.

4.8 Definición y Operacionalización de las Variables.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	ESCALA MEDICION	TIPO VARIABLE	ESCALA MEDICION
EDAD	TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL NACIMIENTO	EN INTERVALOS DE 3.	Cuantitativa	Razón
EDAD GESTACIONAL	TIEMPO DE EVOLUCION DEL EMBARAZO TOMADA A PARTIR 1ER DIA DE LA FECHA ÚLTIMA MENSTRUACION .	SEMANA GESTACION	Cuantitativa	Razón
ALTURA FONDO UTERINO	CRECIMIENTO UTERINO MAYOR A LO ESPERADO PARA EDAD GESTACIONAL.	EN CM SI NO	Cuantitativa	Nominal
Hormona Gonadotropina Corionica Humana	Valores normales de acuerdo a lo esperado para edad Gestacional.	Expresada en Mul/ml 1 semana 0-50 2 meses 14000-169000 3 trimestre 2400-50000	Cuantitativa	Nominal
HIPEREMESIS	Aumento clínico del número vómitos.	Si No	Cualitativa	Nominal
-HEMORRAGIA UTERINA	Perdida sanguínea que aparece a apartir 6ta -10 semana de gestación.	Si No	Cualitativa	Nominal
GRUPO SANGUINEO Y RH	Grupo sanguíneo al que pertenece	A, B, AB, O Rh positivo, RH negativo	Cualitativa	Nominal
ANTECEDENTES GINECOBSTRICOS	Gestas, partos, abortos.	Numero Unitario.	Cualitativa	Nominal
DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO	Estudio final patología	Mola hidatiforme:	Cualitativa	Nominal

		Completa parcial. Coriocarcinoma		
ENFERMEDAD CONCOMITANTES	Enfermedades crónicas que padezca, de base la paciente.	Nominal.	Cualitativa	Nominal
HEMOGLOBINA	Niveles hemoglobina en sangre.	11-15gr/dl	Cualitativa	Nominal

4.9 Técnicas, procedimientos e instrumentos a utilizar en la recolección de datos

4.9.1 Procedimiento

Se asistirá a registros médicos y se recolectara las papeletas, de pacientes que hayan sido ingresadas al departamento de Ginecobstetricia, con el diagnóstico de enfermedad molar, en el periodo establecido Enero 2014- Junio 2016.

4.9.2 Instrumentos de recolección

Se utilizara una boleta de recolección que se deberá de llenar, completando todos los ítems, ahí establecidos con todas las variables a investigar, a fin de realizar la caracterización clínica y anatomopatologica, ver anexos.

4.10 Plan de procesamiento y análisis de datos

4.10.1 Plan de procesamiento

De los datos cuantitativos y cualitativos obtenidos de la boleta de recolección de datos, se realizará una base de datos en el programa estadístico Epi Info 7. Posteriormente se extraerá la base de datos a Excel, con la información ingresada se realizará los cálculos para la elaboración de tablas y gráficas.

4.11 Plan de Análisis de datos

Una vez tabulados los datos en el programa Epi-info 7 se procederá a la realización de estadísticas descriptivas como porcentajes y medias de las variables de razón. Se procederá a evaluar la enfermedad trofoblastica y cómo se comporta en las pacientes dentro del estudio, cuantificar la presencia de cada una de las variables. Se realizarán tablas y gráficas por cada una de las variables.

4.12 Alcances

Se determinará qué tipo enfermedad molar es más común en departamento Ginecología y Obstetricia Hospital General San Juan de Dios, además de realizar caracterización clínica y anatomopatologica de dichas pacientes.

4.13 Límites

No será objeto de estudio otro tipo de diagnóstico clínico o de imagen para enfermedad molar ni el tratamiento de la misma.

4.14 Ética de la investigación

Para la realización de la investigación se respetará el anonimato de los sujetos de estudio, no se publicarán datos personales

V. RESULTADOS

A continuación se presenta la caracterización clínica y anatomopatológica, de las pacientes con Mola hidatiforme, que consultaron al departamento de Ginecología y Obstetricia Hospital General San Juan de Dios los años Enero 2014- Junio 2016.

TABLA 1

Edad de las pacientes quienes consultaron al departamento de Ginecología del HGSJDD, durante enero 2014- junio 2016, con diagnóstico histopatológico enfermedad trofoblástica.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
10-20 años	11	25%
21-30 años	26	58%
31-40 años	5	11%
41-50 años	3	6%
51-60 años	0	0%
>61 años	0	0%
TOTAL	45	100%

Fuente: Boleta recolección de datos.

TABLA 2

Índice de masa corporal pacientes quienes consultaron al departamento de Ginecología del HGSJDD, durante enero 2014-Junio 2016, con diagnóstico histopatológico enfermedad trofoblástica.

INDICE MASA CORPORAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<18.5	4	9%
18.5-24.9	36	80%
25-29.9	5	11%
>30	0	0%
TOTAL	45	100%

Fuente: Boleta recolección de datos.

TABLA 3

Hemorragia uterina en pacientes quienes consultaron al departamento de Ginecología del HGSJDD, durante enero 2014-Junio 2016, con diagnostico histopatológico enfermedad trofoblastica.

HEMORRAGIA UTERINA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	44	99%
No	1	1%
TOTAL	45	100%

Fuente: Boleta recolección de datos.

TABLA 4

Nivel Socioeconomico en pacientes quienes consultaron al departamento de Ginecología del HGSJDD, durante enero 2014-Junio 2016, con diagnostico histopatológico enfermedad trofoblastica.

ESTADO SOCIOECONOMICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bajo	45	100%
Medio	0	0
Alto	0	0
TOTAL	45	100%

Fuente: Boleta recolección de datos.

TABLA 5

Edad Gestacional de las pacientes quienes consultaron al departamento de Ginecología del HGSJDD, durante enero 2014-Junio 2016, con diagnostico histopatológico enfermedad trofoblastica.

EDAD GESTACIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1-5 Semanas	7	15%
6-10 semanas	9	20%
11-20 semanas	25	56%
21-30 semanas	4	9%
>31 semanas	0	0%
TOTAL	45	100%

Fuente: Boleta recolección de datos.

TABLA 6

Niveles hemoglobina de las pacientes quienes consultaron al departamento de Ginecología del HGSJDD, durante enero 2014-Junio 2016, con diagnostico histopatológico enfermedad trofoblastica.

NIVEL HEMOGLOBINA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<7 gr/dl	3	7%
8-10 gr/dl	24	53%
11-15 gr/dl	17	38%
>15gr/dl	1	2%
TOTAL	45	100%

Fuente: Boleta recolección de datos.

TABLA 7

Grupo y Rh pacientes quienes consultaron al departamento de Ginecología del HGSJDD, durante enero 2014- Junio 2016, con diagnostico histopatológico enfermedad trofoblastica.

GRUPO Y RH	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A +	3	7%
B +	1	2%
AB +	0	0%
O -	1	2%
O +	40	89%
TOTAL	45	100%

Fuente: Boleta recolección de datos.

TABLA 8

Hiperémesis en pacientes quienes consultaron al departamento de Ginecología del HGSJDD, durante enero 2014- junio 2016, con diagnostico histopatológico enfermedad trofoblastica.

HIPEREMESIS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	20	44%
No	25	56%
TOTAL	45	100%

Fuente: Boleta recolección de datos.

TABLA 9

Niveles gonadotropina corionica humana, pacientes quienes consultaron al departamento de Ginecología del HGSJDD, durante enero 2014- Junio 2016, con diagnostico histopatológico enfermedad trofoblastica.

NIVELES GONADOTROPINA CORIONICA HUMANA (Sub unidad Beta)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
500-5000	4	9%
5001-10000	3	7%
10001-15000	7	16%
15001-20000	4	9%
20001-30000	4	9%
30001-40000	3	7%
40001-50000	5	10%
>50000	15	33%
TOTAL	45	100%

Fuente: Boleta recolección de datos.

TABLA 10

Diagnostico histopatológico enfermedad trofoblastica, pacientes quienes consultaron departamento ginecología del HGSJDD, durante enero 2014- Junio 2016.

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mola Parcial	40	89%
Mola Completa	4	9%
Coriocarcinoma	1	2%
TOTAL	45	100%

Fuente: Boleta recolección de datos.

TABLA 11

Morbilidad pacientes quienes consultaron al departamento ginecología del HGSJDD, durante enero 2014- Junio 2016, con diagnostico histopatológico enfermedad trofoblastica.

ENFERMEDAD CRONICA	FRECUENCIA	PORCENTAJES
Hipertensión arterial	0	0
Diabetes Mellitus	0	0
Hipotiroidismo	1	100%
Otros	0	0
TOTAL	1	100%

Fuente Boleta recolección de datos.

TABLA 12

Paridad pacientes quienes consultaron al departamento ginecología del HGSJDD, durante enero 2014 – Junio 2016, con diagnostico histopatológico enfermedad trofoblastica.

PARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primigesta	20	45%
Secundigesta	4	8%
Trigesta	2	5%
Multipara	19	42%
TOTAL	45	100%

Fuente Boleta recolección de datos.

VI. DISCUSIÓN Y ANALISIS

El presente estudio presentó una población total de 45 pacientes, las cuales acudieron al departamento de Ginecología-Obstetricia Hospital General San Juan de Dios, en el periodo Enero 2014 a Junio 2016, las características de la población estudiada fueron las siguientes: La edad de las mujeres participantes estuvo entre 10-50 años, El 58% de la población se encontraba en el rango de edad 21-30 años, observándose que esta patología afectó durante el periodo de estudio a gente joven, por otro lado el índice de masa corporal se encontraba en parámetros normales entre 18.-24.9 en el 80% de los casos, siendo un dato interesante pues esta patología se correlaciona con malnutrición, sin embargo se pudo identificar que en la población estudiada, esto no se correlacionaba.

De las 45 pacientes estudiadas, 44 presentaron hemorragia uterina, siendo el 99% de los casos y siendo un dato clínico, prevalente en las pacientes que cursa con esta patología. El 100% de las pacientes que consultaron a esta institución eran de un nivel socioeconómico bajo, siendo ingresos mensuales iguales o menores al salario mínimo, del país y esto se correlaciona con el tipo de paciente que se atiende en esta institución Gubernamental, de Tercer nivel atención salud pública.

En cuanto a edad gestacional, en la que las pacientes con enfermedad trofoblástica consultaron a departamento Ginecología-Obstetricia Hospital General San Juan Dios, el 56% de la población estudiada consultó entre las 11-20 semanas gestación. Siendo el 99% de la población estudiada que consultaron por hemorragia uterina, se identificó que el 60% presentaba anemia a su ingreso y de estos el 7%, presentaban anemia severa hemoglobina menor 7 gr/dl.

Por otro lado en el 89% de la población estudiada, se identificó grupo y rh O+. Únicamente 2% de la población estudiada presento RH negativo.

Un dato interesante de la población estudiada es que el 44% presentó hiperémesis, y que en el 33% de la población sus niveles de hcg- subunidad B cuantificada se encontraron mayores a 50,000 u/i, pudiendo relacionar estos datos con aparición de esta sintomatología, mientras mayor se encuentre dicha hormona.

Por otro lado los resultados histopatológicos, del presente estudio reflejan que el 89% de la población estudiada, se identificó mola hidatiforme parcial, el 9% mola completa y el 2% representa coriocarcinoma, con un caso reportado, paciente que durante su seguimiento en el estudio falleció en esta institución.

Con los resultados obtenidos se puede finalmente unir las variables estudiadas y tener la caracterización clínica y anatomopatológica de las pacientes con enfermedad trofoblástica que consultaron al departamento Ginecología y Obstetricia Hospital General en el periodo Enero 2014- Junio 2016:

6.1 CONCLUSIONES

6.1.1 La caracterización clínico anatomopatológico enfermedad molar que se realizó en el presente estudio nos da como resultado el siguiente perfil de pacientes: **“Primigestas 20 años edad, con nivel socioeconómico bajo, con edad gestacional entre 11-20 semanas, sin trastornos índice masa corporal, que consultaron a esta institución por hemorragia uterina, asociada anemia, con grupo y rh O+, con niveles hcg sub unidad b cuantificada >50,000 mul/ml, sin comorbilidades, cuyo diagnóstico histopatológico post evacuación fue mola hidatiforme parcial.”**

6.1.2 El diagnóstico histopatológico con mayor frecuencia durante la investigación en pacientes con enfermedad trofoblástica, fue la enfermedad molar hidatiforme parcial.

6.1.3 No se asoció comorbilidades de base dentro del perfil pacientes que consultaron enfermedad molar durante el periodo de estudio.

6.2 RECOMENDACIONES

6.2.1 Con los datos obtenidos de la presente investigación, se recomienda al departamento de Ginecología y Obstetricia del hospital General San Juan de Dios, sabiendo el perfil de la pacientes con enfermedad molar que consulta a dicha institución, una campaña informativa, desde la consulta Numero 8 enfocada a adolescentes para que conozcan los síntomas y manifestaciones clínicas de dicha patología a fin de poder diagnosticar de manera oportuna y temprana.

6.2.2 Se recomienda dentro de la clínica Numero 9 un seguimiento, más oportuno de las pacientes post evacuación, a manera de brindarles mejor información, así como tener una base de datos de dichas pacientes para llevar un seguimiento más exhaustivo.

6.2.3 Implementar al momento de realizar una evacuación en pacientes con enfermedad molar parcial y grupo, rh (-) la colocación de inmunoglobulina anti-D, si no esta sensibilizada.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Carolina CVM. Mola Hidatiforme en Guatemala. Universidad San Carlos Guatemala; 1995. p. 44.
2. Patricia Alanis Lopez SRL. GPC para Diagnostico y Tratamiento Enfermedad Troboblastica. 2009 p. 100.
3. STEVEN G. GABBE, JENNIFER R. NIEBYL, JOE LEIGH SIMPSON ML. Obstetrics Normal and Problem Pregnancies. SIXTH EDIT. Elsevier Inc.; 2012. p. 1289.
4. Goff B, Nothing F. Gestational Trophoblastic Disease. Green Journal Obstetrics and Gynecologic. 2015;11:200.
5. Dna A. Gestational Trophoblastic Disease What is cancer. Royal Obstetric and Gynecologic journal. 2006;1:94.
6. Aragón ME, Arteaga CE, Riaño JE. capítulo 3 Enfermedad Trofoblástica Gestacionall. Pag, 500
7. Goldstein DP, Berkowitz RS. Gestational Trophoblastic Disease [Internet]. Fifth Edition. Abeloff's Clinical Oncology, 5/e. Elsevier Inc.; 2002. p. 1614–1629.e3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-1-4557-2865-7.00090-4>
8. Carrillo-Vadillo R, García-Lozano JC, Peciña López A, Cerrillos-González L, Torrejón Cardoso R. Mola hidatiforme parcial en gestante de 17 semanas con preeclampsia. Progresos de Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2010 Dec [cited 2015 Apr 12];53(12):520–4. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0304501310004036>
9. Berkowitz RDG. PRESENTATION AND MANAGEMENT OF MOLAR. Green Journal Obstetrics and Gynecologic. 2006;1:249–76.
10. Schorge et al. Ginecologia de Williams. 2da edicion ;Dallas: 2012.
11. . Kavanagh JJ, Gershenson DM. Gestational trophoblastic disease: hydatidiform mole, nonmetastatic and metastatic gestational trophoblastic tumor: diagnosis and management. In: Katz VL, Lentz GM, Lobo RA, Gershenson DM, editors. Comprehensive Gynecology. 5th ed. Chap 35. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier; 2007.
12. Goldstein DP, Berkowitz RS. Gestational trophoblastic disease. In: Abeloff MD, Armitage JO, Niederhuber JE, Kastan MB, McKenna WG, editors. Abeloff's Clinical Oncology. 4th ed. Chap 94. Philadelphia, Pa: Elsevier Churchill Livingstone; 2008.
13. American College of Obstetricians and Gynecologists. Management of gestational trophoblastic disease. ACOG Technical Bulletin 178. Washington (DC): ACOG; 1993

14. Garrett LA, Garner EI, Feltmate CM, et al. Subsequent pregnancy outcomes in patients with molar pregnancy and persistent gestational trophoblastic neoplasia. *J Reprod Med* 2008;53:481–6.
15. Woolas RP, Bower M, Newlands ES, et al. Influence of chemotherapy for gestational trophoblastic disease on subsequent pregnancy outcome. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105:1032–5, 9:1326–7.
16. Sebire NJ, Rees H, Paradinas F, Seckl M, Newlands ES. The diagnostic implications of routine ultrasound examination in histologically confirmed early molar pregnancies. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2001;18:662–5
17. Nugent D, Hassadia A, Everard J, Hancock BW, Tidy JA. Postpartum choriocarcinoma: presentation, management and survival. *J Reprod Med* 2006;51:819–24.
18. Benson CB, Genest DR, Bernstein MR, Soto-Wright V, Goldstein DP, Berkowitz RS. Sonographic appearance of first trimester complete hydatidiform moles. *J Ultrasound Obstet Gynecol* 2000;16:188–91
19. Ezpeleta, J. López, C. Enfermedad trofoblástica gestacional, Aspectos clínicos y morfológicos. *Rev. Esp. Patol* 2002;35(2):187-200.
20. Lara F, Alvarado A, Candelaria M, Arce C. Enfermedad trofoblástica gestacional. Experiencia en el Instituto Nacional de Cancerología. *Ginecol Obstet Mex* 2005;73:308-14.
21. Lambraou N, Morse A, Wallach E. *Johns Hopkins Ginecología y obstetricia*. Madrid: Marban, 2001.
22. Zarain GAJ, Gamboa I, González E. Ayala, AR. Frecuencia y control terapéuticos de la enfermedad trofoblástica gestacional. *Ginecol Obstet Mex* 1986;54:8-11.
23. Garner EI, Goldstein DP, Feltmate CM, Berkowitz RS. Gestational trophoblastic disease. *Clin Obstet Gynecol* 2007;50(1):112- 22
24. Ezpeleta J, Cousillas A. Enfermedad trofoblástica gestacional: aspectos clínicos y morfológicos. *Rev Esp Patol* 2002;35(2):187-200.
25. Curry Stephen L, Hammond Charles B, Tyrey Lee, Creasman William T, Parker Roy. Hydatidiform Mole. Diagnosis, Management, and Long-Term Followup of 347 Patients. *Obstetrics & Gynecology*. 1975;45(1):1- 8.

VIII. ANEXOS**ANEXO No. 1****INSTRUMENTO RECOLECCION DE DATOS**

Numero Historia clínica: _____ . Expediente No.: _____

1. DATOS GENERALES

Edad Paciente: _____ IMC: _____ (Opcional)

Estado Socioeconomico: _____ .

Edad Gestacional: _____ .

2. DATOS CLINICOS:

Altura uterina: _____ .

Hiperemesis: _____ .

Hemorragia uterina: _____ .

3. DATOS LABORATORIO:

Hemoglobina: _____ -

Grupo y Rh: _____ .

Nivel Hcg Sub unidad B: _____ -

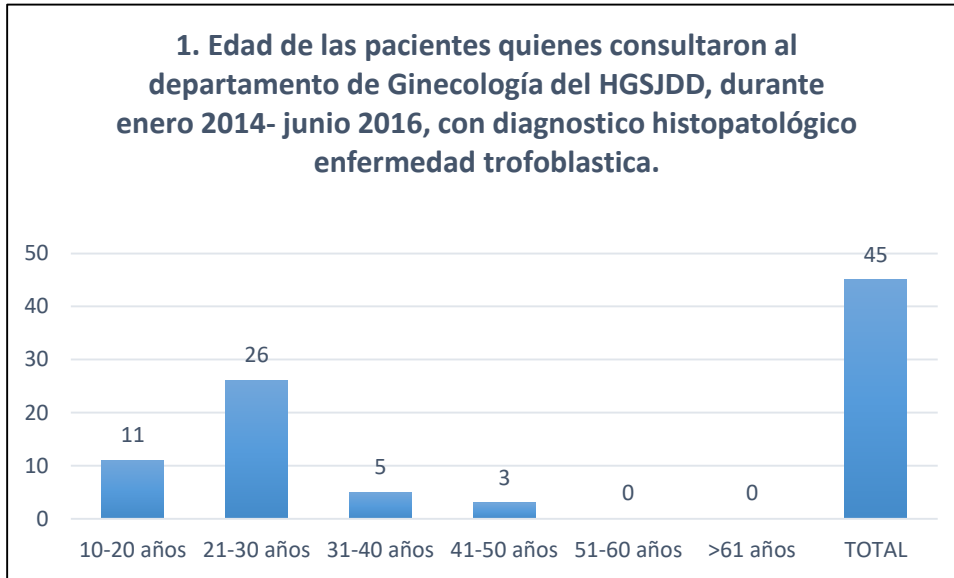
4. ANTECEDENTES GINECOBSTETRICOS

G: P: C: AB: HV: HM:

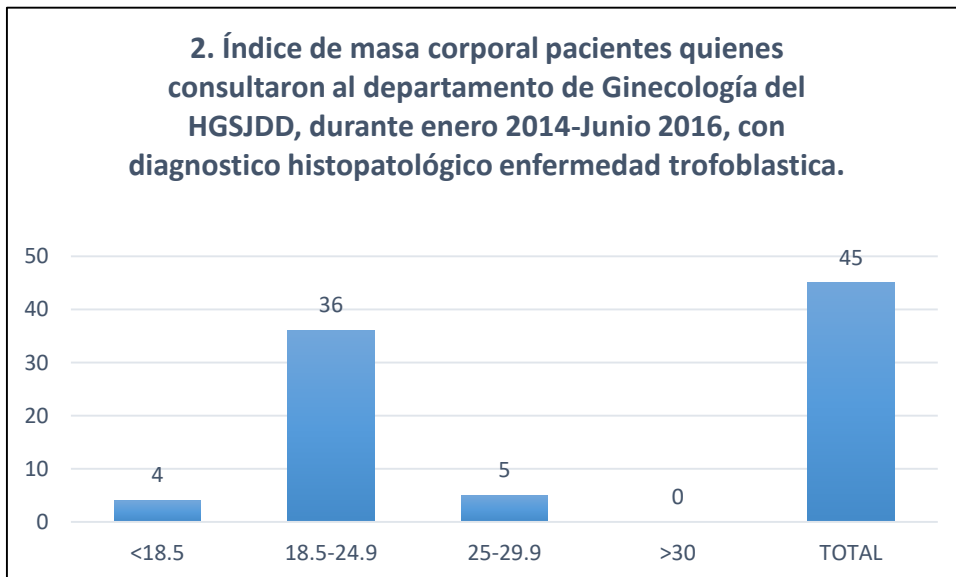
FUR: _____ . 1ER. Relación Sexual: _____ .

5. DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO: _____ .**6. ENFERMEDAD CONCOMITANTES: _____ .**

ANEXO 2: GRAFICAS

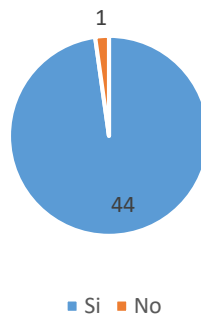


Fuente tabla 1.



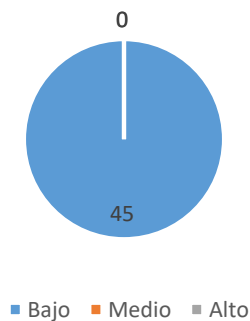
Fuente tabla 2.

3. Hemorragia uterina en pacientes quienes consultaron al departamento de Ginecología del HGSJDD, durante enero 2014-Junio 2016, con diagnostico histopatológico enfermedad trofoblastica.

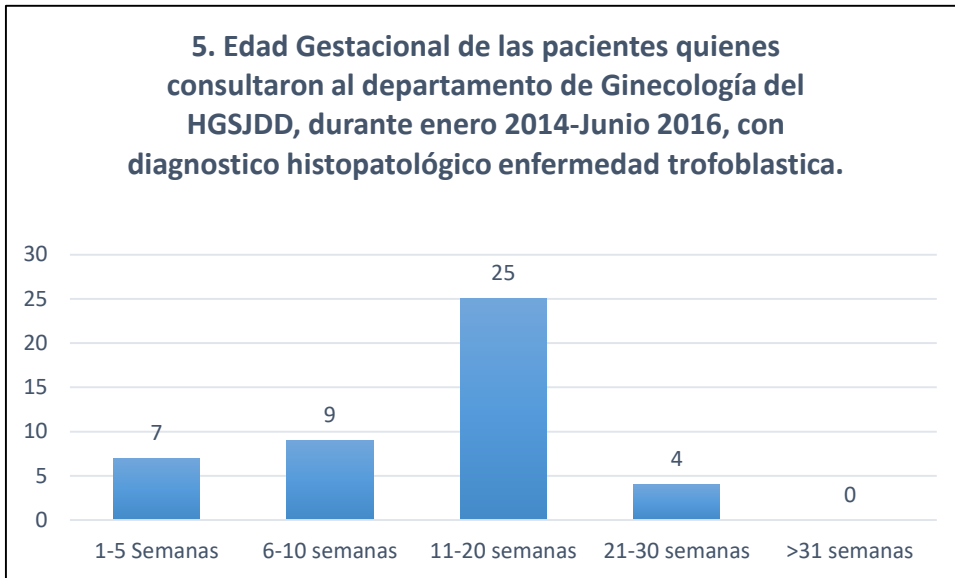


Fuente tabla 3.

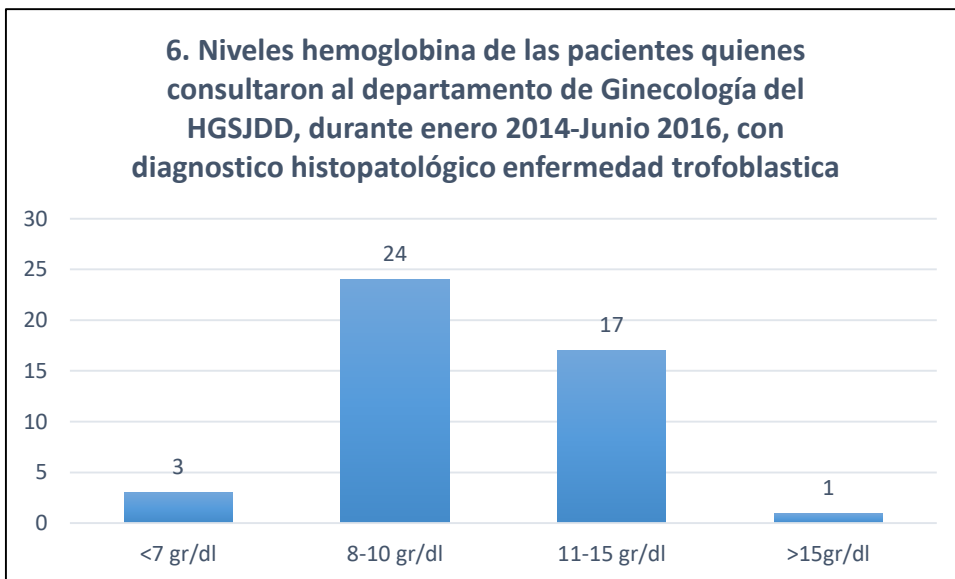
4. Nivel Socioeconomico en pacientes quienes consultaron al departamento de Ginecología del HGSJDD, durante enero 2014-Junio 2016, con diagnostico histopatológico enfermedad trofoblastica.



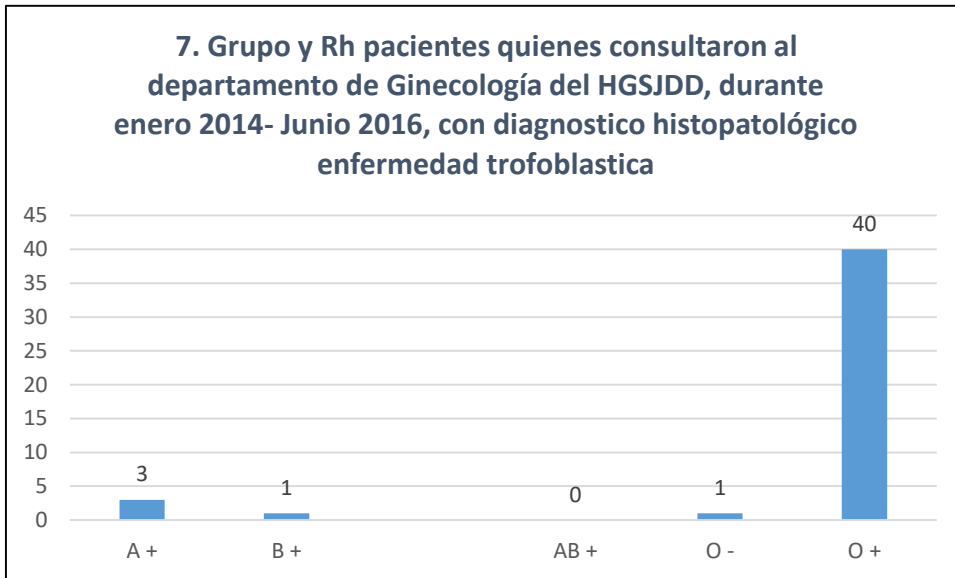
Fuente tabla 4.



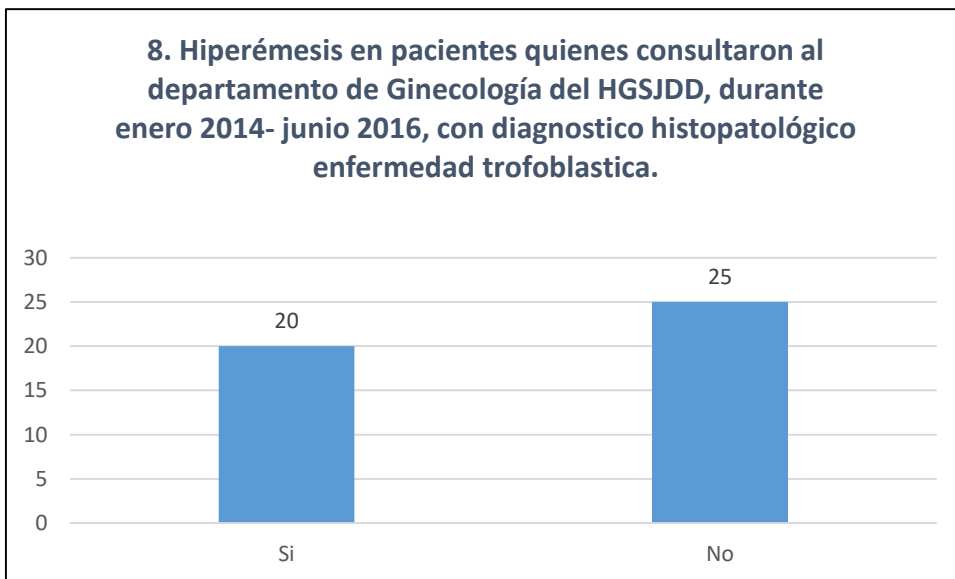
Fuente tabla 5.



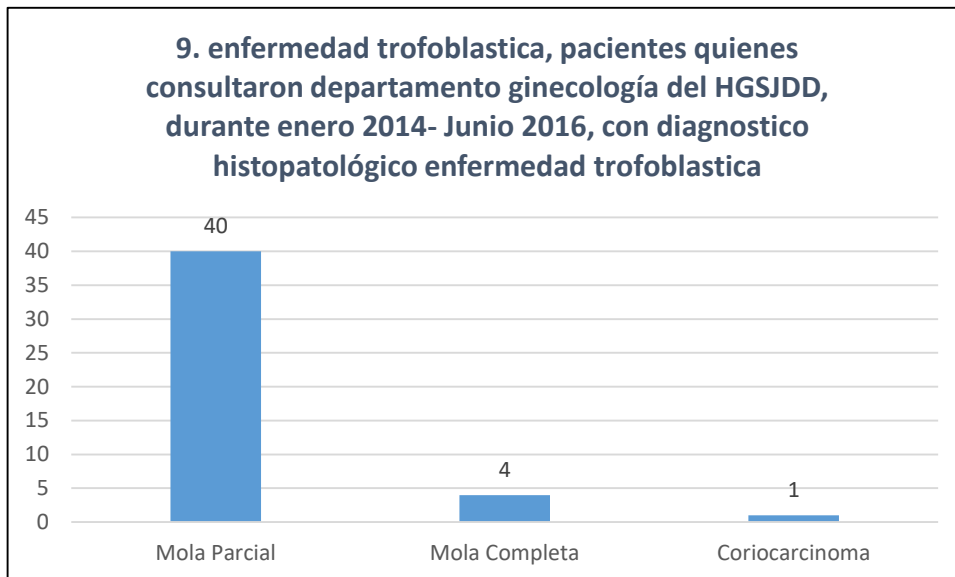
Fuente tabla 6.



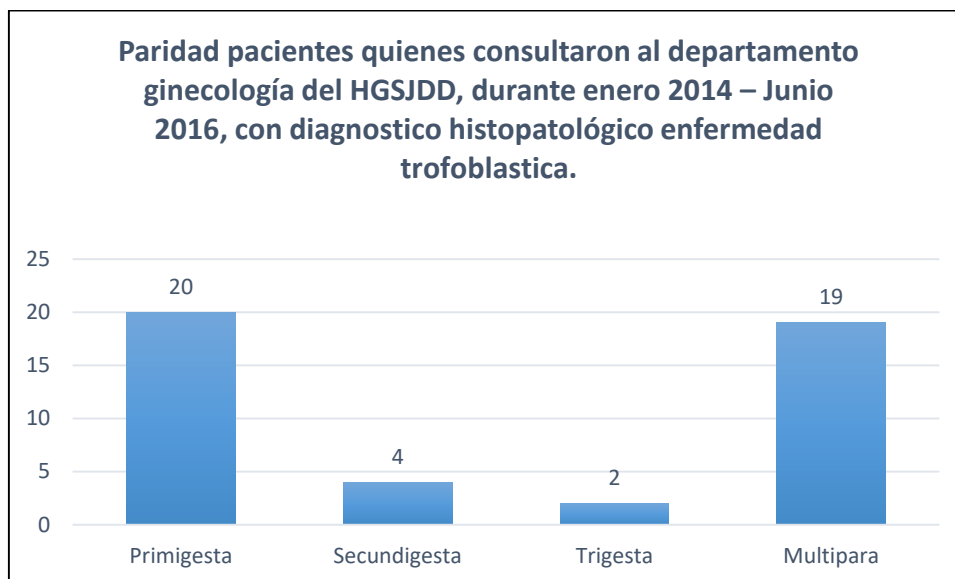
Fuente tabla 7.



Fuente tabla 8.



Fuente tabla 10.



Fuente tabla 12.

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada “ **Caracterización clínica anatomopatológica de pacientes con enfermedad trofoblástica que consultaron departamento Ginecología y Obstetricia Hospital General San Juan de Dios Enero 2014-Junio 2016**” para propósitos de consultas académicas. Sin embargo quedan reservados los derechos de autor que confieren la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción, comercialización total o parcial.