

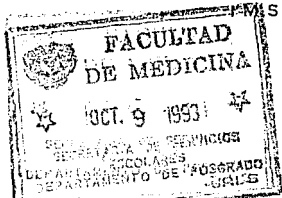
11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL "LUIS CASTELAZO AYALA"
I. M. S. S.

43
2e3



CINETICA DE LA SUBUNIDAD BETA EN EL CONTROL POSTEVACUACION DE LA ETG



DE ENSEÑANZA
HGO. "LUIS CASTELAZO AYALA"
I. M. S. S.

[Handwritten signature]

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN:
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A .
DR. MARTIN ESCOBAR DIONICIO



IMSS

ASESOR: DR. GUILLERMO SANCHEZ HUERTA

MEXICO, D. F.
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

[Handwritten signature]

1993



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE GENERAL

<u>TOPICO</u>	<u>PAGINA</u>
INTRODUCCION	1
OBJETIVO	3
MATERIAL Y METODOS	3
RESULTADOS	4
DISCUSION	5
BIBLIOGRAFIA	6

INDICE DE TABLAS Y FIGURAS

TABLA/FIGURA

TABLA 1

GRAFICA 1

GRAFICA 2

GRAFICA 3

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

TOPICO

DATOS GENERALES DE LA POBLACION

CONTROL POSTEVACUACION CON α U-B

NEGATIVIZACION DE LA α U-B

CURVA DE POSITIVIDAD A α U-B

INTRODUCCION

La incidencia de la enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) es cada vez mayor por razones aún no conocidas, hasta el momento actual la incidencia en la literatura, de esta enfermedad, es de aproximadamente 1 : 1500 a 1 : 2000 embarazos.

El nivel socioeconómico bajo y la malnutrición se ven comunmente en poblaciones con porcentajes altos de mola hidatidiforme. Una causa para desarrollar ETG es un defecto del óvulo, otra causa es un defecto en el tejido trofoblástico. (1)

La ETG representa un espectro de desórdenes derivados de las células trofoblásticas de la placenta humana. Estos desórdenes tumorales predisponen a formación de tumores.

La ETG es definida por la OMS, como variaciones benignas o malignas de la proliferación trofoblástica: mola hidatidiforme, mola invasora y coriocarcinoma.

La gonadotropina coriónica humana (hCG) se sintetiza y secreta normalmente en el cito y sincitiotrofoblasto de la placenta. Su determinación en líquidos biológicos como la orina y el plasma en el humano han servido para hacer el diagnóstico de embarazo. De hecho, las concentraciones de hCG han servido para hacer diagnóstico diferencial con otras patologías. Las concentraciones de hCG inmunorreactiva encontradas en plasma y orina, en humanos, han servido para conocer la evolución de las neoplasias, derivadas o no, del trofoblasto.

El radioinmunoensayo específico (RIA) de la subunidad β permite asegurar el testigo de hCG en la presencia de LH. Aunque este examen

parece ser el ideal para el monitoreo de niveles en suero de hCG en pacientes con ETG, esta tiene ciertas limitaciones de especificidad y sensibilidad. Este material inmunorreactivo se sabe que no correlaciona del todo con la actividad biológica, ya que esta última depende de la integridad molecular de hCG, mientras que la reacción inmune no ha demostrado estar supeditada a una conformación íntegra de hCG. En estudios previos, de varios autores, se han demostrado la disociación que sufren las subunidades de hCG en el plasma de mujeres embarazadas y debido a que conforme se avanza en la edad gestacional, las concentraciones de subunidad α de hCG tienden a aumentar, se da esperarse que su patrón de eliminación sea distinto al de la subunidad β de la hCG.

Los estudios en general referentes a la depuración de hCG son escasos, particularmente alrededor del parto o en presencia de ETG. Por otra parte, se han efectuado estudios metabólicos administrando hCG exógena en voluntarios normales identificándose una degradación considerable de estas subunidades en circulación.

Se ha pensado que la disociación de subunidades se puede lograr por medio de un mecanismo renal y al parecer, la excreción tardía de la subunidad β por el riñón, probablemente a nivel intracelular, lo que ha puesto de manifiesto al medir subunidades libres en orina. El mismo mecanismo puede ser compatible por la desaparición de subunidades en plasma aunque aquí el metabolismo debe ser predominantemente poriférico, con mayor selectividad para las subunidades α .^{1,2,3,4}

OBJETIVO

El objetivo del presente estudio es determinar cuál es el comportamiento de la subunidad β en el control postevacuación de la ETG.

MATERIAL Y METODOS

En los meses de julio y noviembre de 1992 se revisaron expedientes en el archivo clínico del Hospital "Luis Castelazo Ayala" seleccionando a las pacientes que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión:

1. Pacientes con diagnóstico de embarazo molar.
2. Pacientes postevacuación de ETG en control con subunidad β de hCG.
3. Pacientes con más de 3 determinaciones de subunidad β de hCG.
4. Pacientes a las cuales se les haya corroborado por estudio histopatológico ETG.

Se excluyeron de este estudio:

1. Pacientes a quienes se hubiera solicitado únicamente hCG como control.
2. Las pacientes que abandonaron el seguimiento postevacuación de la ETG.
3. Pacientes con embarazo normal.
4. Pacientes en las cuales no se corroboró histopatológicamente el diagnóstico de ETG.

Con los criterios antes mencionados se realizó la selección de expedientes clínicos, recolectando los datos en un formato que se adjunta.

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE DE LA PACIENTE: _____

No. AFILIACION: _____

EDAD: _____ GESTA: _____ PARA: _____ ABORTO: _____ CESAREA: _____

EDAD GESTACIONAL: _____ F.U.N.: _____ P.P.F.: _____

(AL MOMENTO DE LA EVACUACION)

(PREVIO AL EMBRACAO)

D.O.C.: _____

(SI O NO, FECHA)

ANTECEDENTES FAMILIARES DE ETG: _____

ANTECEDENTE PERSONAL DE ETG: _____

METODO DE DIAGNOSTICO:

CLINICA

ULTRASONIDO

LABORATORIO Y GABINETE:

hCG: _____

SUBUNIDAD BETA: _____

PLACA DE TORAX: _____

TRATAMIENTO RECIBIDO: _____

TIEMPO DE SEGUIMIENTO: _____

COMENTARIOS Y ANOTACIONES: _____

RESULTADOS

Se incluyeron cincuenta pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Los datos generales de la población estudiada son los siguientes: el promedio de edad fue de 27.7 años, el de número de gestaciones fue de 2.8, el de partos de 1.48, abortos 1.34 y semanas de gestación al momento de la evacuación de 14.7 semanas. El promedio de tiempo de seguimiento fue de 12.6 meses. Estos datos se resumen en la tabla 1.

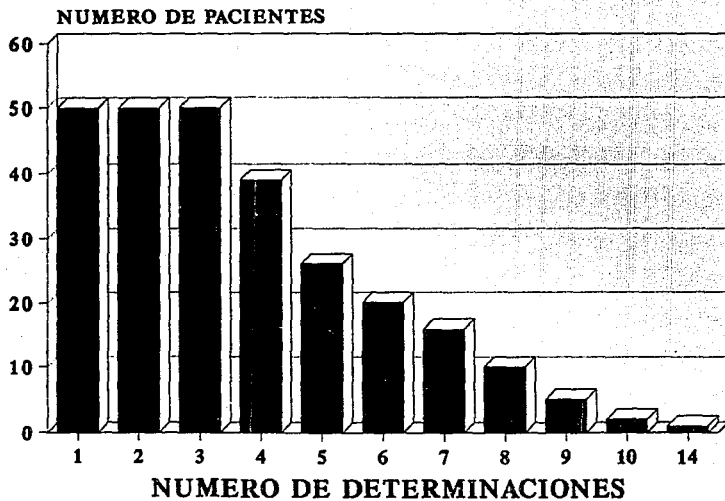
En las 50 pacientes se realizaron 3 determinaciones de subunidad β , en 39 casos se realizaron 4 determinaciones, en 26 casos 5 determinaciones, en 20 casos 6 mediciones, en 16 casos 7 mediciones, en 10 casos 8 mediciones, en 5 casos 9 determinaciones, en 2 casos 10 determinaciones y en un caso se realizaron hasta 14 mediciones.

De estas 50 pacientes, 27 (54%) se negativizaron en la primera cuantificación postevacuación, 18 (64%) lo hicieron en la segunda muestra, 38 (76%) presentaron determinaciones negativas para subunidad β en la tercera muestra. En 30 de 39 pacientes (77%) la determinación era negativa en la cuarta muestra. En 21 de 26 pacientes fue negativa en la quinta muestra, que corresponde al 80%. En 17 de 20 (85%) pacientes la subunidad β fue negativa en la sexta muestra. En 13 de 16 pacientes (81%) se negativizó en la séptima muestra. En 9 de 10 pacientes (90%) fue negativa en la octava determinación. En 4 pacientes de 5 se negativizó en la novena muestra, es decir, el 80%. En una paciente de 2 se negativizó en la undécima muestra y en una sola paciente que después de 11 determinaciones persistía con positividad se negativizó hasta la 12ª determinación. El 76% de las 50 pacientes tuvieron 3 determinaciones

TABLA 1
CARACTERISTICAS DE LA POBLACION (N=50)

CARACTERISTICA	RANGO	PROMEDIO
EDAD (años)	17-52	27.7
GESTACIONES	1-10	2.8
PARTOS	0-8	1.48
ABORTOS	1-3	1.34
SEMANAS DE GESTACION	9-25	14.7
TIEMPO DE SEGUIMIENTO	4-36 meses	12.6 meses

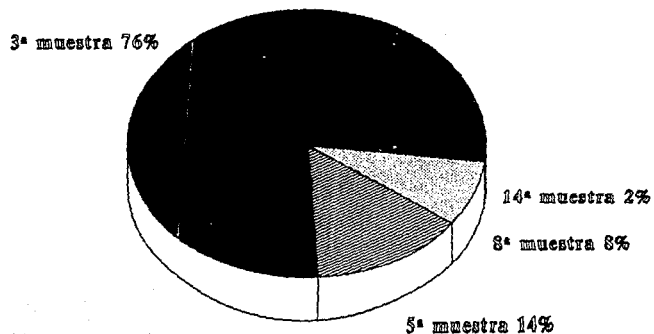
Control con subunidad B postevacuación
Gráfica 1



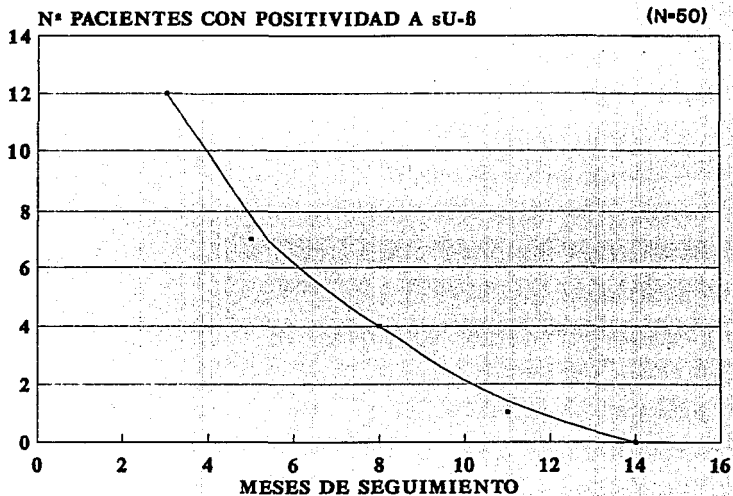
**GRAFICA 2. COMPORTAMIENTO DE SUBUNIDAD
B POSTEVACUACION**

**% DE PACIENTES CON 3 MUESTRAS NEGATIVAS
CONSECUTIVAS**

Y NUMERO DE MUESTRA EN QUE SE NEGATIVIZARON



**GRAFICA 3. COMPORTAMIENTO DE SUBUNIDAD
B POSTEVACUACION**



negativas de subunidad β en la tercera muestra, el 14% 3 muestras consecutivas negativas en la 5ª muestra, el 8% en la 8ª muestra y el 2% hasta la 14ª muestra. Esto representa que el 90% de las pacientes tuvo 3 cuantificaciones negativas consecutivas en la 5ª. Cabe resaltar aquí que cada muestra se tomó con un intervalo de un mes entre cada una de ellas.

DISCUSION

En el presente estudio, con un tiempo de seguimiento promedio de 12.6 meses, se observó que el 90% de las pacientes presentaron negativización de la cuantificación de la subunidad β de la hCG en un tiempo de 5 meses después de la evacuación de la ETG. Se observaron 3 casos de ETG persistente los cuales ameritaron quimioterapia.

La literatura reporta que los casos de recurrencia se observan principalmente dentro de los primeros 36 meses de remisión, con 50% y 85% de los casos después de 3 a 18 meses. Comparativamente el tiempo de seguimiento de nuestras pacientes no es suficiente para poder establecer la incidencia real de ETG persistente. Sin embargo, podemos extraer como conclusión en base a nuestros resultados que después de los 5 primeros meses, tiempo en que el 90% de las pacientes tienen negativización de la curva de subunidad β , la presencia de un resultado positivo debe alertar sobre la necesidad de quimioterapia. Más aún, el 98% de nuestras pacientes tenían una curva negativa a los 6 meses después de la evacuación por lo que el rango de 5 a 8 meses puede establecer un buen margen de seguridad. Sugerimos, sin embargo, que el tiempo de seguimiento debería ampliarse, por lo menos, a 24 meses para establecer la incidencia

real de ETG persistente, pero esta observación no formó parte del objetivo del presente estudio.

BIBLIOGRAFIA

1. Scott MD, Seifer BD. Endocrinologic aspects of Gestational Trophoblastic Diseases. Int J Fertil 1990; 35:137-53.
2. Mutch GD, Soper TJ, Babcock JC, Daniel LP, Hammond C. Recurrent Gestational Trophoblastic Disease. Cancer 1990; 66:978-82.
3. Kunhardt J, Calderón J, Rodríguez S, Fletcher P, Ayala A, Reyes V. Cinética de la gonadotropina coriónica y sus subunidades en el embarazo normal y la neoplasia gestacional. Gín Obstet Mex 1987; 55:145-8.
4. Yeun BH, Cannon W. Estimated incidence and postevacuation regression patterns of the beta subunit of human chorionic gonadotropin. Am J Obstet Gynecol 1981; 139:316-20.
5. Sociedad de Médicos Cirujanos del Hospital "Luis Castelazo Ayala". Procedimientos en Obstetricia. I.M.S.S. 1990; 78-93.
6. McDonald TW, Ruffolo EH. Modern Management of Gestational Trophoblastic Disease. Obstet Gynecol Surv 1983; 38:67-83.
7. Shapiro AI, Wu TF, Ballon SC. Use of an immunoradiometric assay and a radioimmunoassay for the detection of free β -human chorionic gonadotrophin. Obstet Gynecol 1985; 65:545-8.