

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA
"LUIS CASTELAZO AYALA"

103
2E

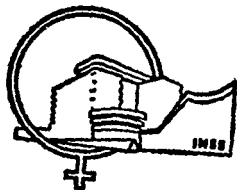
FALLA DE ORIGEN
ENFERMEDAD TROFOBlastica GESTACIONAL Y
ANALISIS DE LA METODOLOGIA DIAGNOSTICA
EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
No. 4 "LUIS CASTELAZO AYALA"

Norma Rosa Vergara Gerstein

[Signature]

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
PRESENTA:
DRA. NORMA ROSA VERGARA GERSTEIN

COORDINADORES:
DR. EDGAR RUIZ ORTIZ
DR. GUILLERMO GONZALEZ GIRA



MEXICO, D.F., FEBRERO DE 1995.



PRESENZIA
"LUIS CASTELAZO AYALA"
IMSS



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.

René Bailón Uriza
Director

Dr. Francisco Javier Gómez García
Jefe de Enseñanza e Investigación

Dr. Edgar Ruiz Ortiz
Médico adscrito
Servicio Oncología Ginecológica

Dr. Guillermo González Lira
Jefe del Servicio
Oncología Ginecología

INTRODUCCION

La Enfermedad Trofoblástica Gestacional, es denominación general para una variedad de anomalías proliferativas del trofoblasto. La Mola Hidatiforme representa usualmente una forma benigna de la enfermedad, mientras que el Coriocarcinoma es maligna, con frecuentes lesiones metastásicas. Estas neoplasias se originan en elementos trofoblásticos del blastocisto en desarrollo y conservan ciertas características de la placenta normal, como tendencia invasora y capacidad de síntesis de la hormona gonadotropina coriónica humana. La enfermedad casi siempre se vincula con un proceso gestacional y difiere específicamente del coriocarcinoma, el cual se encuentra en tumores de células germinales del ovario y/o testículo. A través de los años, esta patología ha tenido diversas clasificaciones desde histopatológicas, anatomopatológicas e inclusive de acuerdo a su evolución clínica; en nuestro hospital manejamos la clasificación de Enfermedad Trofoblástica Gestacional Benigna y Maligna y esta a su vez Metastásica y No Metastásica, siendo la última de Buen Pronóstico y de Mal Pronóstico; todo esto con el fin de lograr un diagnóstico temprano y así un tratamiento oportuno y un mejor pronóstico; sin embargo no existe una uniformidad en los reportes con respecto a la incidencia, ya que éstos están expresados en relación al total de nacimientos, total de embarazos, número de nacidos vivos, en proporción al lugar y/o país en donde se están recopilando los datos. Para un mejor perfeccionamiento en el seguimiento de esta enfermedad, se ha tratado de estudiar una serie de factores, que determinan una mayor probabilidad para la ocurrencia

cia de este padecimiento, así tenemos la edad materna, la raza, -
paridad, recurrencias anteriores, e inclusive factores consanguí-
neos y genéticos; todo esto aunado a un cuadro clínico y que me-
diante una metodología diagnóstica determinada nos lleve a esta-
blecer un diagnóstico oportuno.

Consideramos interesante efectuar una revisión de las pacientes -
vistas en el hospital de Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo
Ayala", considerando la clínica, método diagnóstico, tratamiento
instituido, seguimiento de las mismas, incluyendo el estudio histo-
patológico, con el objeto de establecer la incidencia y el tipo de
Enfermedad Trofoblástica gestacional en un lapso de 5 años, en re-
lación a los factores de riesgo descritos en estudios previos y/o
factores que podrían surgir en el presente estudio. Así también -
los marcadores utilizados hasta su negativización y alta de la pa-
ciente.

Si tomamos en cuenta la incidencia de las diferentes variedades de
la enfermedad trofoblástica gestacional, podríamos decir que no ex-
iste una uniformidad en los reportes. Ocurre mola hidatiforme en
casi uno de cada 1500 embarazos en los Estados Unidos de Norteamé-
rica(1) y en cuanto al coriocarcinoma se dice que ocurre en uno
de cada 20,000 embarazos (1), generalmente ocurre después de la
Mola Hidatiforme, pero puede ser consecutivo a cualquier proceso
gestacional. En México se reporta por Mac Gregor uno por cada -
609, Fernández Doblado uno por cada 400. Una casuística del Ins-
tituto de Perinatología de 1979 a 1989 reporta 1:394 embarazos y
en nuestro hospital se reporta para 1986 a 1988 uno por cada 385
embarazos (3).

De esta enfermedad, se ha tratado de estudiar una serie de facto-

res que determinan una mayor probabilidad para la ocurrencia de este padecimiento. La edad materna es el más significativo de los factores identificados como de alto riesgo, siendo el promedio de edad de 35 años o más (4). En Estados Unidos de Norteamérica, las mujeres mayores de 40 años, tienen un riesgo de 5.2 veces mayor de enfermedad trofoblástica con respecto a las de 21-35 años (1). Otros estudios sugieren la posibilidad de un mayor riesgo en pacientes menores de 20 años (3). La raza, también es un factor de riesgo, encontrándose una mayor incidencia en la raza negra, seguida de la caucásica (5). La aparición de embarazos molares, en una misma mujer es poco común, sin embargo la frecuencia oscila entre 0.5 y 2% de mujeres con embarazo molar previo (1,4).

Para el sistema ABO, diversos autores han señalado, una frecuencia mayor para las del grupo "A" con una mayor frecuencia para la enfermedad maligna en la combinación de "AO", así mismo una mayor evolución de un coriocarcinoma metastásico en los grupos "B" y "BA" (4). En base a la genética, se ha reportado diferencias cromosómicas entre la Mola Parcial y Completa, siendo esta última fundamentalmente 46XX con dos aploides idénticos paternos y ningún cromosoma materno; las parciales son generalmente trisomías, con participación de cromosomas maternos. Las Molas Completas son habitualmente coriocarcinoma (7).

Aproximadamente hasta la semana 9 de gestación, la Mola ofrece manifestaciones similares a un embarazo normal, haciendo difícil el diagnóstico en este lapso. El sangrado transvaginal se encuentra presente en el 97% de las pacientes y a veces presentan escurrimientos serohemáticos (8).

El segundo signo de importancia y que tendremos en cuenta en nuestro estudio, es la altura de fondo uterino en relación con la amenorrea, encontrando en el 30 al 40% de los casos la altura de fondo uterino igual a la amenorrea, del 15 al 20% menor que la amenorrea y en un 40 al 55% de los casos mayor que la amenorrea en la literatura mundial (9). Los quistes tecaluteínicos, se encuentran en el 20% de los casos y la Hiperemésis Grávidica se presenta en el 23% de los casos (8,9). Se ha asociado al embarazo Molar, con Toxemia en un 12% de la población general (9).

La cuantificación de la Hormona Gonadotropina Coriónica (HGC) y su valoración nos ayuda en el diagnóstico de Mola (10), que de acuerdo a nuestro protocolo de manejo del hospital, lo medimos previo a la evacuación y posterior a ella, se cuantifica en forma semanal hasta negativizarse, solicitando posteriormente fracción Beta de HGC en forma mensual por un año y con resultados negativos, se da de alta al año de ellos (3). Con el advenimiento de la Ultraecografía como medio diagnóstico se realiza prácticamente en el 100% de los casos (11). La radiografía de tórax, para el hallazgo de metástasis, es un buen método diagnóstico en nuestro hospital tomamos una previa a la evacuación y al mes después de ella.

MATERIAL Y METODOS

Se analizaron retrospectivamente los expedientes del archivo del hospital de Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo Ayala", de un periodo de 5 años, desde el primero de Enero de 1989 al 31 de Diciembre de 1993, encontrando únicamente 20 expedientes de un total de 174 casos con diagnóstico de Enfermedad Trofoblástica Gestacional; los restantes habían sido depurados o se encontraron in completos.

Se analizaron los siguientes parámetros:

-Edad de la Paciente

-Número de gestas

-Grupo y Rh sanguíneo

-Cuadro clínico (signos y síntomas):

*Tamaño Uterino

*Presencia o ausencia de quistes tecalutéricos

*Hemorragia Genital

*Sintomatología Neurovegetativa

-Metodología diagnóstica

-Tratamiento

-Seguimiento, incluyendo el método de Planificación Familiar

-Comportamiento de los niveles de HGC

* En todas las pacientes se realizó estudio histopatológico.

RESULTADOS

Tomando en cuenta el total de embarazos por año, en relación con el total de casos de Enfermedad Trofoblástica Gestacional, se observó que la incidencia varía desde 1:1470 hasta 1:925 embarazos, en los últimos 5 años, con una media de 1:389 casos (Tabla I)

TABLA I. INCIDENCIA POR AÑOS DE LA ETG EN EL HGO LCA No.4

	AÑOS				
	1989	1990	1991	1992	1993
EMBARAZOS	29,404	26,958	18,411	24,615	26,853
PARTOS	28,011	25,422	17,362	23,212	25,323
ABORTOS	1,373	1,496	1,011	1,358	1,502
ETG	20	41	38	46	29

De un total de 20 casos analizados de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional (ETG), el mayor número de casos se presentó entre las edades de 21 a 35 años, con un total de 12 pacientes (Tabla II), observándose con más frecuencia en las pacientes con II a IV Gestas (tabla III).

TABLA II. FRECUENCIA DE LA ETG DE ACUERDO A EDAD DE LA PACIENTE

EDAD (AÑOS)	No. DE PACIENTES	%
MENOR a 20	2	10
21-35	12	60
36-65	6	30
64 a +	0	0
TOTAL	20	100

TABLA III. INCIDENCIA RELACIONADA CON LAS GESTAS EN LA ETG

No. GESTAS	No. DE CASOS	%
I	6	30
II a IV	11	55
V a VII	1	5
VII a +	2	10
TOTAL	20	100

Se encontró una mayor frecuencia en el grupo sanguíneo "O" 35% (7 pacientes), además el 30% de las pacientes (7), no se registraron en los expedientes el tipo sanguíneo (TABLA IV).

TABLA IV. FRECUENCIA DEL FACTOR ABO

GRUPO	No. DE CASOS	%
A	5	25
B	2	10
O	7	35
NO registradas	6	30
TOTAL	20	100

Los datos clínicos que se encontraron en las pacientes, el más frecuente fue el sangrado transvaginal, que se encontró en 14 pacientes (70%); las 6 pacientes restantes (30%) presentaban otros síntomas como dolor abdominal, escurrimiento serohemático y asintomáticas. 5 pacientes (25%), presentaron sintomatología neurovegetativa (Tabla V).

TABLA V. CUADRO CLINICO EN LA ETG.

		SI (%)	NO (%)
	A 1 SEMANA 6		
SANGRADO TRANSVAGINAL	1-3 SEMANAS 3	14 (70%)	6 (30%)
	+ DE 1 MES 5		
SINTOMAS NEUROVEGETATIVOS AUMENTADOS		5 (25%)	15 (75%)

Correlacionando la valoración clínica del útero con respecto a la amenorrea, se detectó una mayor frecuencia para el grupo de útero mayor a la amenorrea (55%), seguido del grupo igual a la amenorrea (35%) y un porcentaje del 10%, menor que la amenorrea, haciendo notar, que en este último grupo se encontró una paciente con coriocarcinoma (Tabla VI).

TABLA VI. VALORACION CLINICA DEL UTERO Y AMENORREA EN LA ETG

TAMANO/FUM	No. DE PACIENTES	%
MENOR QUE AMENORREA	2	10
MAYOR QUE AMENORREA	11	55
IGUAL QUE AMENORREA	7	35
TOTAL	20	100

12 pacientes, que corresponden al 60%, se diagnosticaron en el primer trimestre del embarazo, y para el segundo trimestre de embarazo, se diagnosticaron a 8 pacientes (40%). (Tabla VII)

El diagnóstico presuncional al ingreso de las pacientes fue en el 75% (15 pacientes) para ETG, seguido por un 10% (2 pacientes) para Amenaza de Aborto, y en el 5% se diagnóstico, Huevo Muerto y retenido, Hiperemesis Gravídica y Niomatosis Uterina. (Tabla VIII)

TABLA VII. DX DE ACUERDO AL TRIMESTRE DEL EMBARAZO EN LA ETG

AMENORREA	No. DE PACIENTES	%
PRIMER TRIMESTRE	12	60
SEGUNDO TRIMESTRE	8	40
TERCER TRIMESTRE	0	0
TOTAL	20	100

TABLA VIII. DX AL MOMENTO DE SU INGRESO

DX CLINICO	No. DE PACIENTES	%
E. T. G.	15	75
AMENAZA DE ABORTO	2	10
HUEVO MUERTO Y RETENIDO	1	5
HIPEREMESIS GRAVIDICA	1	5
MIOMATOSIS UTERINA	1	5
TOTAL	20	100

De los estudios de laboratorio y gabinete, en el 100% de las pacientes se solicitó HGC y UESG, previo al vaciamiento y sólo se cubrió el 90%, para la radiografía de torax (tabla IX).

Así mismo, con respecto a los niveles de HGC, previas al vaciamien

to, el 60% de las pacientes, que se diagnosticaron en el primer trimestre de embarazo, se encontró el porcentaje mayor (12 pacientes), con cuantificación menor o igual a 25,000 MU/ml a 4 pacientes (20%), haciendo notar que en tres casos de cuatro, el estudio histopatológico reportó Coriocarcinoma; el único caso que se presentó con un millón de HGC, presentó persistencia de la enfermedad, ameritando tratamiento con Quimioterapia posterior a la evacuación (Tabla X).

TABLA IX. ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE AL INGRESO

ESTUDIOS	SI (%)	NO (%)
HGC	20 (100)	0
UESG	20 (100)	0
TELE DE TORAX	18 (90)	2 (10)

TABLA X. CUANTIFICACION DE LA HGC PREVIO A VACIAMIENTO

MU/ML	1ER. TRIMESTRE		2DO. TRIM.		3ER. TRIM.	
	No.	PAC %	no.	PAC %	No.	PAC %
MENOR 25,000	4	(20)	3	(15)	0	
25,000-100,000	3	(15)	1	(5)	0	
100,000-500,000	2	(10)	3	(15)	0	
500,000- 1 millón	2	(10)	1	(5)	0	
+ DE UN MILLON	1	(5)	0		0	
TOTAL	12	(60)	8	(40)	0	

Durante el seguimiento de las pacientes, se encontró en el 65% - (13 pacientes), la evolución fue satisfactoria, negativizándose - entre los 30 a 60 días después del vaciamiento la BHGC, dándose - de alta al año de seguimiento. En 7 pacientes (35%), se realizó un segundo legrado, por presentar retención de restos, de las cuales en tres pacientes la negativización duro mas de 90 días y fue - ron dadas de alta al año de seguimiento. Las cuatro restantes, - requirieron de Quimioterapia, por reportar coriocarcinoma en 3 de ellas y en una por persistencia de ETG (tabla XI). No dejamos de mencionar, que además la paciente que presentó persistencia, se le practicó Histerectomia Abdominal (Tabla XI).

TABLA XI. MANEJO DE LAS PACIENTES Y EVOLUCION

EVOLUCION NORMAL	No. PACIENTES	%
1 ER. LUI	13	65
EVOLUCION ANORMAL		
2 DO. LUI	7	35
QUIMIOTERAPIA	4	20
HTA	1	5

La Tabla XII, exponemos a los cuantos días se negativizan las pa- cientes con BHGC posterior a la evacuación, encontrando al 68% de los casos, a 60 días (11 pacientes), el 18% o más de 90 días, y un 12% para 30 y 90 días.

Dentro del protocolo de estudio para el seguimiento de las pacientes se hace notar, que sólo el 20% de ellas, se egresaron con método de planificación familiar, no cubriéndose el objetivo adecuado en el 75% de las pacientes (Tabla XIII)

TABLA XII. NEGATIVIZACION DE LA FRACCION BETA DE LA HGC POST-EVACUACION

DIAS	No. PACIENTES	%
30 DIAS	1	12
60 DIAS	11	68
90 DIAS	1	12
MAS DE 90 DIAS	3	16
TOTAL	16	100

TABLA XIII. METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR A SU EGRESO

METODO	SI (%)	NO (%)
SALPINGOCLASIA	0	0
ANTICONCEPTIVOS ORALES	4 (20)	15 (75)
OTROS	0	0

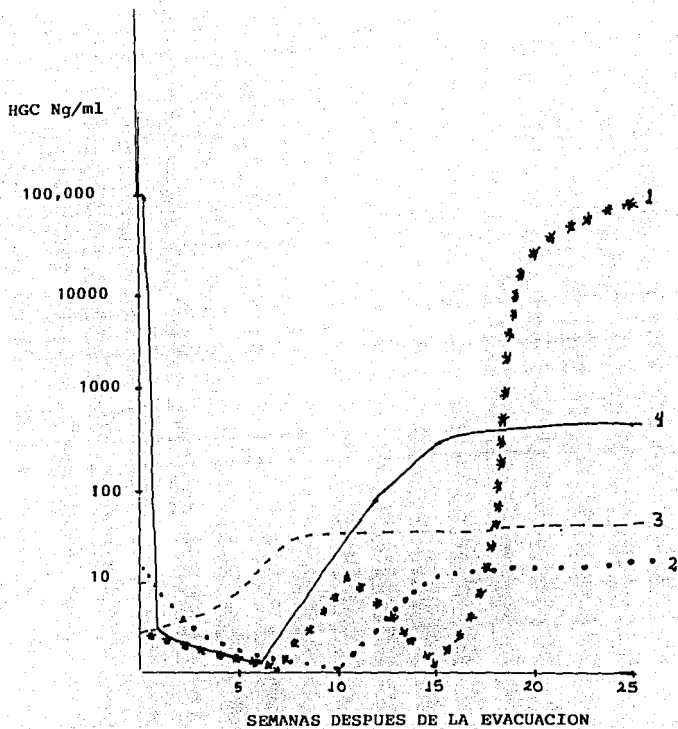
En la figura 1, se muestra el comportamiento de los niveles de HGC en las pacientes que requirieron de quimioterapia desde el diagnóstico hasta su envío a Centro Médico Nacional.

Finalmente en la Tabla XIV, el 80% de las pacientes (16) correspondieron a la ETG Benigna: Mola Hidatiforme, y el 20% (4) a ETG Maligna, sin metástasis, al momento de su envío al servicio de oncología.

TABLA XIV. REPORTE HISTOPATOLOGICO

TIPOS	No. PACIENTES	%
MOLA HIDATIFORME	16	80
ETGMALIGNA	4	20
*CORIOCARCINOMA (3)		
*PERSISTENCIA (1)		

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA



PERSISTENCIA 4
 CORIOCARCINOMA (*) 2
 CORIOCARCINOMA (**) 3
 CORIOCARCINOMA (***) 4

FIGURA 1. NIVELES DE HGC EN PACIENTES QUE AMERITARON QUIMIO
 TERAPIA

DISCUSION

En LOS últimos años, se han realizado numerosas revisiones, acerca de la Enfermedad Trofoblástica gestacional, tanto en su incidencia, factores de riesgo, metodología diagnóstica, tratamiento utilizado y hasta la fecha múltiples clasificaciones.

Este estudio se realizó, para conocer la frecuencia, metodología diagnóstica, tratamiento y seguimiento en nuestro medio, aunque sólo se encontraron 20 expedientes de los 174 ya mencionados.

Los hallazgos clínicos encontrados en nuestra serie, son similares a los encontrados en otros reportes, como los descritos por Magili y Vecchia, descritos en 1991.

En cuanto a la incidencia, nuestros resultados son similares a las estadísticas que se describen a nivel mundial (8).

Parazzini y colaboradores, encontraron que la frecuencia de la ETG en cuanto a la edad y las gestas, se presentan entre los 21 y 35 años y en las II a IV gestas, similares a los encontrados, por nuestro estudio retrospectivo. (4). Para el sistema ABO, diversos autores (4), han señalado una mayor frecuencia para el grupo "A"; sin embargo en nuestra serie encontramos una mayor frecuencia para el grupo "O" (35% 7 pacientes), quizás se deba a que la mayoría de nuestra población mexicana, corresponden al grupo "O" mencionado.

Uno de los métodos diagnósticos, corresponde al UESG, hay que destacar, que en nuestra serie, a las 20 pacientes se les tomó a su ingreso, y de ellas el 90% (18 Pacientes), se correlacionó con la ETG, el 10% restante (2 pacientes) fue para Huevo Muerto y Retenido y Aborto Incompleto.

La HGC y sobre todo su fracción Beta, notamos en nuestra serie, que nos sirve de gran ayuda previo a la evacuación, pero sobre todo posterior a ella, ya que mediante su comportamiento de sus niveles, podemos intuir de que la paciente, tendrá una evolución satisfactoria, y por lo contrario, amerita un envío oportuno para su manejo y seguimiento posterior.

CONCLUSIONES

La amenorrea, el sangrado transvaginal y el utero mayor a la edad gestacional es sugestivo de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional.

La Ultraecoesonografía, tienen una alta sensibilidad, para el diagnóstico de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional.

La concentración de los niveles de HGC, sobre todo su fracción Beta, nos sirve de gran ayuda, para el seguimiento de las pacientes una vez evacuado el embarazo molar.

El Legrado uterino instrumental mas succión, es un procedimiento útil en el tratamiento de la Enfermedad trofoblástica Gestacional; cuya evolución posterior es satisfactoria hasta en un 65% de los casos obtenidos en nuestra serie.

Se noto, que la mayoría de las pacientes, que ameritaron un segundo legrado se debían a Enfermedad Trofoblástica Gestacional Maligna.

En nuestra serie, ninguna de las pacientes hasta el momento del estudio, presentó METástasis a distancia.

Tenemos que tomar en cuenta, que una gran mayoría de las pacientes el 75%, a su egreso, posterior a la evacuación, se fueron no cubiertas por un método de Planificación familiar, exponiendo a estas pacientes a un riesgo de embarazo durante su seguimiento.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Soper J ET AL. GESTATIONAL TROPHOBLASTIC DISEASE. PRIN
AND PRACT GYNECOL OBSTET. Lippincott 1992: 795
- 2.- Department of Surgery. DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF GESTA
TIONAL TROPHOBLASTIC DISEASE. CANCER 1993;75:1639
- 3.- Sociedad de Medicos Cirujanos del Hospital de Ginecologia
y Obstetricia #4 I.M.S.S. Procedimientos en Obstetricia
1988:79
- 4.- Parazzini F, Mangilig L. RISK FACTORS FOR GESTATIONAL TRO-
PHOBLASTIC DISEASE. OBSTET GYNECOL 1991;78:1039
- 5.- NEOPLASIA TROFOBLASTICA GESTACIONAL. Ginecol Oncolog 1991:
162
- 6.- Ozturk M. HUMAN CHORIONIC GONADOTROPIN, ITS FREE SUBUNITES
AND GESTATIONAL TROPHOBLASTIC DISEASE. J Reprod Med 1991;
36: 21-26
- 7.- Rice L. ET AL. PATHOLOGIC FEATURES OF SHORP CURETTINGS IN
COMPLETE HYDATIFORME MOLE. J Reprod med 1991:36.
- 8.-Basgushawe Et AL. GESTATIONAL TROPHOBLASTIC TUMORS FOLLOWING
INITIAL DIAGNOSIS OF PARTIAL HYDATIDIFORM MOLE. Lancet
1990;335:1074-1076
- 9.-Kohorn E ET AL. EVALUATION OF THE CRITERIA USED TO MAKE
THE DIAGNOSIS OF NONMETASTATIC GESTATIONAL TROPHOBLASTIC NEO-
PLASIA. Gynecol Oncol 1993:48:139
- 10.-Ozturk M. HUMAN CHORIONIC GONADOTROPIN. J Reprod med 1991
36: 9-16

- 11.- Ayhan A et al. REMISSION RATES AND SIGNIFICANCE OF PROGNOSTIC FACTORS IN GESTATIONAL TROPHOBLASTIC TUMORS. JRMED 1992;35:461
- 12.- Elmenr DB et al. PERSISTENCE OF GTD FOR LONGER THAN 1 YEAR - FOLLOWING EVACUATION OF HYDATIDIFORM MOLE. OBST GYNECOL 1993; 81:888-890
- 13.- Zalel et al. HIGH LEVELS OF MATERNAL SERUM ALPHA-FETOPROTEIN AND HUMAN CHORIONIC GONADOTROPHINE LEADING TO THE DIAGNOSIS OF COMBINED NEURAL TUBE DEFECT AND PARTIAL MOLE. PRENAT DIAGN 1992;12:305-307
- 14.- Yedema el al. IDENTIFICATION OF PATIENTS WITH PERSISTENT TROPHOBLASTIC DISEASE BY MEANS OF A NORMAL HUMAN CHORIONIC GONADOTROPIN REGRESSION CURVE. Am J Obstet Gynecol 1993;168:787
- 15.- Anshacher R et al. LOCALIZATION OF TROPHOBLASTIC DISEASE WITH VAGINAL UESG. J Reprod Med 1990;35:835
- 16.- DEPARTMENT OF OSTET GYNECOL. YALE UNIVERSITY. EVALUATION OF CRITERIA USED TO MAKE THE DIAGNOSIS OF NONMETASTATIC GESTATIONAL TROPHOBLASTIC NEOPLASIA. Gynecol Obstet 1993;48:139
- 17.- Smith DB et al. CURRENT APPROACHES TO DIAGNOSIS AND TREATMENT OF GESTATIONAL TROPHOBLASTIC DISEASE. Curr opin Gynecol 1993; 5:84
- 18.- Basqueshawe et al. GESTATIONAL TROPHOBLASTIC TUMORS FOLLOWING INITIAL DIAGNOSIS OF PARTIAL HYDATIDIFORM MOLE. LANCET 1990; 335:1074
- 19.- Lewis J et al. DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF GESTATIONAL TROPHOBLASTIC DISEASE. Cancer 1993;71:1639
- 20.- Smith D et al. CORRELATION BETWEEN CLINICAL STATING (FIGO) AND PROGNOSTIC GROUPS WITH GESTATIONAL TROPHOBLASTIC DISEASE Br J Obstet Gynecol 1993;100:175

Vergara Gerstein N, Ruiz Ortiz E, Gonzalez Lira G: ENFERMEDAD TROFOBlastica Gestacional y Analisis de la Metodologia Diagnostica en el Hospital de Ginecologia y Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala"

Para conocer la incidencia de la Enfermedad Trofoblastica Gestacional en el Hospital de Ginecologia y Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" del I.M.S.S. Se analizaron retrospectivamente los expedientes de las pacientes con diagnóstico de Enfermedad Trofoblastica Gestacional (ETG) por un periodo de 5 años, del primero de enero de 1989 al 31 de Diciembre de 1993, encontrando unicamente 20 expedientes de un total de 174 casos de ETG, los restantes estaban depurados o incompletos. Se analizo la edad de las pacientes, número de gestas, grupo y Rh sanguíneo, cuadro clínico, sangrado transvaginal, tamaño uterino correlacionado con amenorrea, sintomatología neurovegetativa, metodología diagnóstica, tratamiento, seguimiento y resultados histopatológicos. La incidencia encontrada en los 5 años, varió de 1:1470 a 1:925 promedio de 1:389, el mayor número de casos encontrados fue en las edades de 21-35 años, presentandose en gestas de II-IV mayor frecuencia para el grupo "O" (35 %: 7 pacientes). El sangrado Transvaginal de encuentro en 14 pacientes (70 %), las restantes con dolor abdominal y sintomatología neurovegetativa que correspondió al 5 y 25 % respectivamente. En el 55 % de los casos (11 pacientes) se encontró útero mayor que la amenorrea. En 75 % de los casos (15 pacientes) desde su ingreso el diagnóstico fue ETG, el 10 % (2) para amenaza de aborto, y el resto Huevo muerto y retenido, Hiperemesis gravídica y miomatosis uterina con el 5 % para cada uno. El 60 % de los casos se diagnosticaron en el primer trimestre, en el 60 % de los casos la HGC fluctuó con cunatificación menor o igual a 25,0000 MU/ml, en 3 casos de 4 el estudio histopatológico reportó Coriocarcinoma y una persistencia, las restantes para Mola hidatiforme. La negativización de la Fracción beta de la HGC en el 68% de los casos (11 pacientes) se, negativizaron a 60 días. Se concluye que la incidencia media de 1:389 es similar a las estadísticas mundiales, en cuanto a la edad gestacional y al número de gestas, los porcentajes son similares a los descritos por otros autores, en cuanto al grupo sanguíneo, existe una disparidad con lo reportado mundialmente, ya que predomina el grupo "A". Notamos que la HGC es un método diagnóstico y de seguimiento efectivo, ya que nos puede evaluar la persistencia de la ETG y/o datos de malignidad. El UESG se solicitó al 100% de las pacientes, encontrando el Dx en el 90% de los casos (18 pacientes), el manejo de las pacientes fue con LUI (65 %, 13) y 35% amerito 2 LUI, el 25% de ellas por enfermedad maligna y persistencia (4 pacientes), las restantes por ler. LUI Incompleto. El 20% de las pacientes egreso con MPF La amenorrea, STV y el útero mayor a la edad gestacional son sugestivos de ETG. el UESG tiene una alta sensibilidad y especificidad para el Dx. El LUI mas succión es un procedimiento útil en el tratamiento con evolución satisfactoria hasta en el 65 % un 2 legrado se debió a ETG o malignidad, ninguna presentó metástasis a distancia. No se cumplió la planificación familiar en el 75 % de las pacientes.

Impresiones Arles al Instante, S.A. de C.V.
Rep. de Colombia No. 5, Col. Centro
06020 México, D. F.
526 04 72, 526 29 13, Fax 526 29 06