

11217

86
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

Hospital de Ginecobstetricia
" Luis Castelazo Ayala "
I. M. S. S.

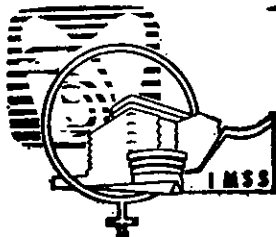
EMBARAZO MOLAR: REVISION DE 3 AÑOS
EN EL HOSPITAL DE GINECOBSTETRICIA
No. 4 DEL I. M. S. S.

TESIS DE POSGRADO

Para obtener el Grado de Especialista en
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

DR. LOPEZ ARGUELLO | JOSE ABRAHAM



ASESOR DE TESIS:
DR. GILBERTO TENA ALAVEZ

MEXICO, D.F., 1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

260492



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

AGRADECIMIENTOS

A TI PAPA, por tu incansable e incondicional apoyo, porque creíste en mí y no hay mayor satisfacción pa-
ra mí que ver tus sueños cumplidos.

MAMA, a ti que me diste la vida, tu amor, tu espacio y que sin importarte el tiempo y el cansancio me -
aguantaste todo. Este logro es mutuo, gracias por tu apoyo.

A MIS HERMANOS, Ulises, Alejandro, Cristina y -
Rafael, porque juntos hemos formado un equipo que he tomado como base, pues me han ayudado a ser per-
sistente y han soportado mi mal genio buscando lo -
mejor para mí.

A IMELDA, porque si me dieran a escoger te volvería a esco-
ger a tí. Gracias por todo lo que haz hecho en mí. En cada
logro y meta alcanzada, nada me haría más feliz que seguir --
viviéndolos contigo.

A MIS AMIGOS, porque mis verdaderos amigos se cuentan con los
dedos de las manos y Ustedes saben quienes son, espero seguir
contando con su amistad y apoyo.

Y a todas aquellas personas que a lo largo del camino me han
brindado su tiempo, dedicación y entrega.

INDICE:

INTRODUCCION. 03

MATERIAL Y METODOS 10

RESULTADOS 11

CONCLUSION Y DISCUSION 17

BIBLIOGRAFIA 19

CUADROS Y GRAFICAS 22

RESUMEN

ANTECEDENTES: La Enfermedad Trofoblástica Gestacional (E.T.G.) incluye tumores de la gestación benignos y malignos, considerando habitualmente las siguientes entidades: Mola hidatidiforme, mola invasora, coriocarcinoma y tumor trofoblástico del sitio placentario. Además de ser las únicas neoplasias altamente curables, elaboran un marcador tumoral único y característico, la Gonadotropina coriónica.

OBJETIVO: Conocer la incidencia de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional en el Hospital de Ginec Obstetricia " Dr. Luis Castelazo Ayala", así como identificar los factores de riesgo y analizar las complicaciones que se presentaron.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se estudiaron retrospectivamente 50 casos de embarazo molar en un período comprendido de enero de 1994 a diciembre de 1996. La información se obtuvo de los expedientes clínicos del archivo de este hospital.

RESULTADOS: La incidencia fue de 1 embarazo molar por cada 714 embarazos. Se presentó preferentemente en pacientes multigestas y entre las 11 a las 15 semanas de gestación. Los signos y síntomas más prominentes incluyeron sangrado trasvaginal y dolor tipo cólico en hipogástrico. En 12% de los casos requirieron quimioterapia.

DISCUSIÓN: La Mola Hidatidiforme es la neoplasia trofoblástica gestacional más frecuente. Su incidencia varía a través del mundo. En México ésta es de 1:144 a 1:614 embarazos. Las molas hidatidiformes son manejadas por evacuación molar y una expectante vigilancia de niveles de HGC en suero.

López Arguello, A.; Tena Alavez, G. *Embarazo Molar: Revisión de 3 años en el Hospital "Dr. Luis Castelazo Ayala". Tesis de Postgrado. 1997.*

INTRODUCCION.

En 1894 -1898 Félix Marchand publica trabajos descriptivos sobre la mola hidatidiforme y el coriocarcinoma en forma de mola invasora y diseminada, consideradas como neoplasias originadas del trofoblasto gestacional y características de la especie humana.

A partir de estas descripciones originales, se aceptó ampliamente en todos los laboratorios europeos y americanos, así como su correlación anatomoclínica.

En 1956, en grupo encabezado por el Dr. Roy Hertz del Instituto Nacional de Cáncer de Bethesda, U.S.A., trata exitosamente con metrotexate casos de coriocarcinoma gestacional, tumor maligno en la mujer que se ve reducido en su mortalidad en un 90%.

En 1963, 1968, Márquez M., encuentra predominio de 65% de xx en molas hidatidiformes y describe la elevada frecuencia de éstas en la Ciudad de México.

En 1977 Kajii y colaboradores describieron un cariotipo androgénico en molas hidatidiformes.

En 1985 R.C. Zsulman describe la mola hidatidiforme parcial o embrionada con cariotipos triploides xxy o xxx.

En 1993 se identifican bajos niveles de ácido fólico sanguíneo en mujeres con nivel social inferior y pacientes con molas hidatidiformes en comparación con mujeres de estratos sociales elevados.

En 1994 se describen mutaciones en bandas de ADN mitocondrial de molas hidatidiformes(4).

La Enfermedad Trofoblástica Gestacional (E.T.G.), incluye tumores de la gestación, benignos y malignos considerando habitualmente las siguientes entidades: Mola hidatidiforme, mola invasora, coriocarcinoma y tumor trofoblástico del sitio placentario.

La mola hidatidiforme completa es una concepción anómala sin embrión o feto, con vellosidades y disminución o ausencia de vascularidad, lo que lleva a un edema hidrópico severo y formación de lagunas o cisternas centrales e hiperplasia del cito y sincitiotrofoblasto.

La mola hidatidiforme parcial es una gestación anormal con persistencia de elementos embrionarios o fetales alternando grupos de vellosidades aparentemente normales con áreas de edema veloso focal e hiperplasia trofoblástica.

Mola invasora, es una mola hidatidiforme que ha invadido el miometrio metastizado o ambos; puede remitir en forma espontanea pero comunmente progresa.

Coriocarcinoma gestacional, es una neoplasia con elementos de cito y sincitiotrofoblasto sin formación de vellosidades el cual generalmente progresa con resultados fatales si no es tratado.

El tumor trofoblástico del sitio placentario es un tumor raro de Enfermedad trofoblástica gestacional. Aproximadamente 100 casos han sido reportados en la literatura. La presentación clínica es incierta y el resultado es por lo general fatal. La cirugía es la mejor terapéutica con un mejor pronóstico ya que la quimioterapia y la radioterapia no responden adecuadamente en esta patología (2)

La mola hidatidiforme es la neoplasia trofoblástica gestacional más frecuente; su incidencia varia a través del mundo. En países asiáticos se informan frecuencias de 1:82 a 1:530. En Europa y EUA 1:1 000 a 1:2 000 embarazos. En México varia de 1:144 a 1:614 embarazos. Es más común en mujeres menores de 20 años y mayores de 40 años, de bajo estrato socioeconómico y con deficiencia en la dieta de ácido fólico y proteína.

La incidencia de embarazo molar en el Nuevo Hospital Civil de Guadalajara es de 1:301 embarazos a término, es mayor su frecuencia en menores de 20 años y en pacientes que han tenido menos de cuatro embarazos, el promedio de amenorrea fue de 15 semanas al momento del diagnóstico. El sangrado trasvaginal es el signo más frecuente. Se confirmó el diagnóstico histopatológicamente en el 84.6% de los casos. (3)

La incidencia de ETG en el Instituto Nacional de Perinatología es de 2.4 por 1000 nacimientos cifras que están por arriba de lo publicado en la literatura mundial. La frecuencia es mayor en la edad reproductiva entre 20 y 29 años. La ETG es mayor en multiparas.

La fracción β de HGC se negativiza a la semana ocho postevacuación. El 20% de las pacientes desarrolló enfermedad maligna (4).

En el Hospital de Ginecología "Luis Castelazo Ayala" en un período comprendido de 1986 a 1988 se realizó una revisión exhaustiva de embarazo molar y se reporta lo siguiente: una incidencia de 1:385 embarazos, el signo más frecuente es el sangrado trasvaginal en un 82%. En el 54% la altura del fondo uterino fue mayor a la amenorrea. El 80% ingresaron antes de la semana 20 de embarazo. Las pacientes que recibieron el beneficio de los métodos de planificación familiar posterior a la evacuación fueron el 98%. El tratamiento utilizado para la evacuación uterina fue el legrado por aspiración en el 48%. En el 52% de los casos la hormona gonadotropina coriónica se negativizó antes de la novena semana y el 100% fue negativa antes de la decimosegunda semana. (5)

Además de ser las únicas neoplasias altamente curables, elaboran un marcador tumoral único y característico, la gonadotropina coriónica humana (HGC).

La mola invasora proviene de un embarazo molar, mientras que el coriocarcinoma puede ser la secuela de cualquier tipo de embarazo en el humano.

Las moléculas de gonadotropina coriónica humana en la enfermedad trofoblástica en muestras de orina y sangre son más heterogeneas o degradables que aquellas muestras de embarazos normales. El inmunoanálisis de HGC particularmente aquellas en las que utilizan nuevas pruebas de multianticuerpos son designados primariamente para la aplicación de embarazo y no necesariamente detectan las moléculas degradables encontradas en las muestras de enfermedad trofoblástica. Esto lleva a cabo resultados erroneos y posibles diagnósticos falsos. (6)

Se considera que existe tumor trofoblástico persistente si después de ocho semanas de la evacuación molar, la cuantificación de hormona gonadotropina coriónica (HGC) se mantiene estable, se eleva o si después de desaparecer, reaparece aún con cifras bajas (7).

Aproximadamente el 80% de las molas completas y más del 90% al 95% de mola parcial pudieran remitir sin una terapia ulterior. Pero 15 al 20% desarrollará tumor trofoblástico persistente. En 10 a 30% de los casos irá precedido de mola completa y en 6% de mola incompleta (8).

La ETG abarca una serie de neoplasias de la placenta. Las molas hidatidiformes son manejadas por evacuación molar y una expectante vigilancia de la cantidad de niveles de HGC en el suero.

La enfermedad trofoblástica maligna ocurre después de algún tipo de embarazo. El pronóstico es determinado por datos clínicos severos, factores de riesgo incluyendo sitios anatómicos de enfermedad, niveles de HGC y tipo o antecedente de embarazo. (9)

En pacientes que no tienen metástasis y bajo riesgo de metástasis, la enfermedad trofoblástica gestacional tiene un excelente resultado cuando se trata con un agente único de quimioterapia. Igualmente las pacientes de alto riesgo de enfermedad pueden tener un rango de supervivencia de aproximadamente 80%, pero solamente las pacientes en esta categoría son tratadas con una quimioterapia agresiva de multiagentes. Actualmente más mujeres con enfermedad trofoblástica maligna pueden ser curadas y tener una función reproductiva adecuada. (10)

Las mujeres con bajo riesgo de enfermedad trofoblástica metastásica pueden ser tratadas satisfactoriamente con un agente único de quimioterapia. El Metrotexate y la Actinomicina D tienen una alta seguridad y son extremadamente efectivos (11).

El EMA/CO (Etoposide, Metrotexate, Actinomicina D, Citovan, Oncovin) es un efectivo y bien tolerado régimen de quimioterapia para el tratamiento de alto riesgo de ETG. (12).

Existen sistemas para la clasificación de tumores trofoblásticos gestacionales malignos. Estos sistemas discriminan entre pacientes de bajo y alto riesgo con aproximadamente igual eficiencia. El sistema de clasificación clínica es comunmente preferido para determinar la terapia inicial en mujeres con tumores malignos (13)

Afortunadamente lo común en la terapia de la ETG está basada en el uso de estudios sensitivos monitorizando la gonadotropina

corionica humana y aplicación individual de quimioterapia, basada en el reconocimiento de factores de riesgo. Por siempre la terapia quirúrgica juega un papel en el tratamiento de esta enfermedad. La dilatación, succión, legrado e histerectomía son usados en el tratamiento primario para la mola hidatidiforme.

La histerectomía puede ser usada conjuntamente con el tratamiento primario en pacientes seleccionadas con enfermedad trofoblástica maligna. Otros procedimientos tales como toracotomía pueden ser integrados dentro del manejo en el caso de resistencia a medicamentos. (14)

Los niveles de progesterona sérica han mostrado una utilidad en el diagnóstico y discriminación entre embarazos viables y no viables particularmente en sospecha de Embarazo ectópico y HMR. Un papel de progesterona sérica en la evaluación de las pacientes con riesgo de Neoplasia trofoblástica gestacional, es útil para la discriminación de Embarazo temprano de Neoplasia trofoblástica Gestacional. (15)

Nuestros conocimientos acerca del comportamiento de la ETG han progresado considerablemente en recientes años sobre todo en cuanto a su origen citogenético, histopatológico e historia natural. Los avances en biología molecular han sido aplicadas al estudio de enfermedades trofoblásticas, aportando nuevos conocimientos de su patogénesis. Estos estudios han demostrado que el embarazo molar completo resulta de fertilización anuclear (ovulo vacío). El mejoramiento de la citogenética y biología de la enfermedad trofoblástica pueden contribuir a adelantos y avances en la atención o cuidado de la paciente.

Existen significativos avances en el área de la genética y cánceres ginecológicos y el control del crecimiento tumoral.

Nuevas tecnologías han sido desarrollados en esta área de la genética. Continuos avances fueron hechos en técnicas de imágenes, como por ejemplo resonancia magnética la cual pudiera jugar un nuevo papel en la resolución del cáncer, pero esta tecnología es limitada por los altos costos y estudios significativos pero insuficientes en esta área. (16)

Los efectos psicológicos, sociales y sexuales en la enfermedad trofoblástica afectan tanto a la madre como a su pareja. Los resultados sugieren que el buen pronóstico de la enfermedad en la mayoría de los casos pudiera disturbarse en el aspecto de sexualidad y fertilidad. Se deberán dar recomendaciones y un soporte a las parejas que hayan sufrido esta enfermedad. (17)

El objetivo de este estudio fue conocer la incidencia de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional en el Hospital de Ginecobstetricia "Dr. Luis Castelazo Ayala", así como identificar los factores de riesgo y analizar las complicaciones que se presentaron.

Material y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, transversal y descriptivo de los 50 casos de embarazo molar atendidos en el Hospital de Ginecología y Obstetricia "Dr. Luis Castelazo Ayala" del I.M.S.S., en el período comprendido de enero de 1994 a diciembre de 1996. Se revisaron los expedientes clínicos obtenidos en el archivo del mismo hospital.

El único criterio de inclusión fue que el diagnóstico fuera comprobado por el estudio histopatológico. Los expedientes que no contaron con dicho estudio fueron eliminados. El análisis estadístico se realizó mediante medidas de tendencia central y de dispersión.

Resultados.

Durante el periodo comprendido del 1 de enero de 1994 al 31 de diciembre de 1996, el numero de embarazos reportados fue de 68,400 de los cuales 96 fueron molares, dando una tasa de 14 embarazos molares por cada 10,000 embarazos reportados. (Cuadro 1), o sea 1 embarazo molar por cada 714 embarazos.

En el cuadro 2 se observa que el promedio de edad más frecuente en el que se presenta el embarazo molar fue de 21 a 25 años seguido de 26 a 30 años, con un porcentaje de 42% y 26% respectivamente y el menor fue en pacientes mayores de 35 años con un 6%. Esta frecuencia es debida a que en la actualidad ha disminuido el número de embarazos en pacientes mayores de 35 años ya que se ha fomentado en nuestro medio los métodos definitivos de planificación familiar.

En lo referente al número de embarazos de cada paciente al momento del ingreso se observa que en las pacientes multigestas, entendiéndose éstas como portadoras de 3 embarazos o más se presentó un porcentaje mayor con un 36%. contra 32% de las pacientes primigestas y secundigestas. (Gráfica 1).

En cuanto al nivel socioeconómico y hábitos higienico-dietéticos (Gráficas 2 y 3), se observa que el embarazo molar se presenta con mayor frecuencia en el nivel socioeconómico medio en un 78% y en 62% en pacientes que reportan hábitos higienico-dietéticos adecuados, dando un porcentaje no esperado en estos rubros ya que dentro de la Epidemiología del Embarazo Molar es bien sabido que es una patología que se presenta más frecuentemente en un estrato económico bajo, con malos hábitos higiénicos y acompañado de desnutrición. Muy probablemente estos datos registrados en la

historia clínica médica no tengan la suficiente veracidad ya que tendrían que haber sido comparados con la historia clínica de trabajo social, que es más completa en cuanto al estilo de vida de cada paciente.

En el cuadro 3 se muestra que la edad gestacional en semanas de amenorrea más frecuentemente reportada fue de las 11 a las 15 semanas con un 44% seguidas de las 5 - 10 semanas con un 24%. Esto pudiera ser explicado debido a que en estos periodos las hormonas placentarias (HGC) se encuentran en un nivel máximo de secreción y sean las responsables de la mayoría de los signos y síntomas reportados por las pacientes.

En el cuadro 4 se observa que al momento del ingreso se llegó al diagnóstico de embarazo molar por clínica exclusivamente en el 44% de las pacientes y se sospecho en un 14% más, lo que da un resultado de sospecha diagnóstica de 29 pacientes (58%). Las restantes pacientes fueron ingresadas con los siguientes diagnósticos:

15 pacientes (30%) por amenaza de aborto. 3 pacientes (6%) con Huevo Muerto retenido. Aborto incompleto 1 paciente. Sangrado Uterino disfuncional 1 paciente, y tumor de ovario 1 paciente. Cabe aclarar que la paciente con diagnóstico de tumor de ovario fue enviada de un Hospital General de Zona al servicio de Oncología Ginecológica en donde se descartó ese diagnóstico y se integró el de Embarazo molar.

El Sangrado uterino disfuncional se sospecho ya que la paciente no reportaba amenorrea ni sintomatología presuntiva de embarazo y el diagnóstico se llevó a cabo por el reporte histopatológico al mes aproximadamente de haberle realizado Legrado Uterino instrumental.

En el cuadro 5 se observan los signos y síntomas que se presentaron con mayor frecuencia al momento del ingreso siendo las más frecuentes el sangrado trasvaginal con un 86%. Dolor tipo cólico en hipogástrico 48%. En lo referente al tamaño uterino comparado con las semanas de amenorrea, el mayor porcentaje tuvo el fondo uterino igual que amenorrea con un 42%, seguido de mayor fondo uterino con 34% y menor fondo uterino con un 22%; lo que demuestra que el tamaño uterino no es un parámetro constante para sospechar el diagnóstico de mola.

Para considerar si era mayor o menor el fondo uterino por clínica que por amenorrea se tomó el parámetro de discordancia de 4 semanas o más entre la edad por amenorrea y por altura uterina.

Otros signos y síntomas que se presentaron incluyeron: Hiperemesis 18%, ausencia de movimientos fetales 8%, quistes tecaluteínicos 8%, hipertensión 6%. Es importante mencionar que 2 pacientes (4%) cursaron totalmente asintomáticas.

En el cuadro 6 se observa el tiempo transcurrido en días desde el ingreso a que se confirmó el diagnóstico de embarazo molar. Se observa que en 21 pacientes (42%) el diagnóstico se realizó el mismo día de su ingreso; En un 30% al día siguiente, lo que representa un 72% de que el diagnóstico se realizó en las primeras 48 horas de su ingreso. En un 88% el diagnóstico se realizó dentro de los primeros 4 días de estancia hospitalaria. En 6 pacientes (12%), se obtuvo el diagnóstico hasta los 15 días, por reporte histopatológico ya que a estas pacientes se les sospechó el diagnóstico al momento de realizarles el LUI por otro diagnóstico preoperatorio y observar características macroscópicas de degeneración hidrópica.

En el cuadro 7 se presenta el tiempo transcurrido en días desde el ingreso hasta la evacuación del contenido uterino. Se observa que en 38 casos (76%) se instituyó el tratamiento en los primeros 3 días de estancia hospitalaria. En los siguientes doce casos (24%) se realizó la evacuación hasta los 6 días de estancia, esto debido a que la evacuación uterina se realizó hasta contar con el reporte ultrasonográfico y la cuantificación de HGC.

En el cuadro 8 se presentan los métodos empleados para realizar el diagnóstico. Observamos que solamente en el 18% de las pacientes se sospechó el diagnóstico por clínica y que el ultrasonido continúa siendo el mejor método diagnóstico con un 62%.

Esto significa que un 80% de los casos el diagnóstico fue realizado antes del vaciamiento uterino. En las 10 pacientes restantes (20%), el diagnóstico se sospechó en el momento del LUI y posteriormente se corroboró con el reporte de anatomía patológica.

En el cuadro 9 se observa el método anticonceptivo utilizado durante el seguimiento posterior a la evacuación molar. Se observa que únicamente el 52% de las pacientes (26 casos) siguieron un método de control de la natalidad, ya sea temporal o definitivo: Hormonales orales 44%, DIU 6%, HTA 2%.

Un importante número de casos 48% se fueron de alta sin control de Planificación familiar o decidieron ya no continuarlo durante su seguimiento de control postevacuación. De ahí la importancia que juega el rol del Ginecobstetra para la insistencia de métodos de planificación familiar en este tipo de pacientes.

En el cuadro 10 se presenta el tratamiento utilizado para la evacuación molar y la presentación o no de complicaciones. Se

observa que un 92% de las pacientes se realizó LUI. Al 6% se le realizó aspiración más curetaje y únicamente en 1 paciente sólo aspiración.

Dentro de las complicaciones reportadas, en 7 pacientes (14%), se presentó sangrado abundante, considerandolo como tal cuando se excedía de más de 500ml, ameritando transfusión sanguínea en 2 pacientes y 1 paciente ameritó HTA por perforación uterina. Esto demuestra la eficacia y seguridad del LUI para esta patología y a pesar de estar documentado el LUI por aspiración, no se cuenta con el instrumental adecuado para este procedimiento.

En el cuadro 11 se presenta la semana a la cual se negativizó la HGC posterior a la evacuación molar. Se puede observar que en el 46% se negativizó dentro de las 4 a las 8 semanas y en el 30% antes de las primeras 4 semanas, dando un resultado de 76% dentro de las primeras 8 semanas.

En 9 pacientes (18%), se negativizó entre las 9 y 12 semanas. Cabe aclarar que en una paciente que terminó en HTA no se realizaron controles de HGC durante su seguimiento. Otras dos pacientes no mostraron negativización de la HGC por presentar complicaciones tales como Enfermedad Trofoblástica gestacional persistente y coriocarcinoma.

En el cuadro 12 se presenta la semana en la cual se negativizó la subunidad Beta de HGC posterior a la evacuación molar. Se observa que en 20 pacientes (40%) ésta se negativizó antes de la decimaquinta semana y en el 62% de los casos fue negativa antes de la vigésima semana. En 38% de los casos (19 pacientes), la subunidad Beta de HGC persistió positiva durante más de 20 semanas. De éstas, 6 pacientes requirieron quimioterapia, 5 por ETG persistente y 1 por coriocarcinoma con metástasis pulmonares.

En la gráfica 4 se representa el reporte de anatomía patológica, encontrando un 56% de molas completas, 14% de molas parciales y un 30% no especificado y reportado únicamente como Enfermedad trofoblástica gestacional.

Cabe mencionar que las 6 pacientes que ameritaron quimioterapia presentaban molas completas, confirmando que estas son las que cursan con la mayoría de complicaciones de ETG persistente.

Conclusiones.

1. La tasa de embarazo molar en el Hospital "Luis Castelazo Ayala" del I.M.S.S., fue de 14 por cada 10,000 embarazos reportados (0.14%), o sea 1 embarazo molar por cada 714 embarazos.
2. El promedio de edad mas frecuente en el que se presenta esta patología es de 21 a 25 años con un 42%.
3. Se presenta preferentemente en pacientes multigestas con un 36%.
4. En un 44% se presente entre las 11 y 15 semanas de gestacion.
5. En el 58% de los casos es factible realizar o sospechar el diagnóstico por clínica. Los diagnósticos diferenciales más frecuentes fueron: Amenaza de aborto, Huevo muerto retenido y aborto incompleto.
6. Los datos clínicos más prominentes fueron el sangrado trasvaginal 86% y dolor tipo cólico en hipogastrio en 48%. Otros importantes y frecuentes fueron: Fondo uterino igual a semanas de amenorrea, hiperemesis y ausencia de movimientos fetales.
7. El diagnóstico de embarazo molar se realizó dentro de las primeras 48 horas en 72% de los casos y en el 88% en los primeros 4 días.
8. La evacuación uterina se realizó en los primeros 6 días en el 100% de los casos.
9. El ultrasonido es un método invaluable en el diagnóstico de embarazo molar, corroborandose este diagnóstico en el 80% de los casos, lo que permitió realizar el diagnóstico antes del vaciamiento uterino.

10. El método anticonceptivo más frecuentemente utilizado durante el seguimiento fueron los hormonales orales (44%) y DIU (6%) y solamente el 52% de las pacientes utilizó un método de planificación familiar

11. El método más utilizado para la evacuación molar fue el LUI en un 92% de los casos complicándose este procedimiento en un 14%.

12. En el 76% de las pacientes la HGC se negativizó dentro de las primeras 8 semanas.

13. En el 62% de las pacientes la subunidad Beta de HGC se negativizó antes de la vigésima semana.

14. Seis pacientes (12%) requirieron quimioterapia, 5 casos por ETG persistente y 1 caso por coriocarcinoma.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Marquez H: Centenario conmemorativo de la descripción de Felix Marchand de tumores trofoblásticos gestacionales. Gineco Obste Mex, 1995 May;(63)172.
- 2.- Denny LA, Deltaeck K., Neun J: Placental site trophoblastic tumor: Three case report and literature review. Gynecol Oncol.1995 Nov;59(2):300-3.
- 3.- Panduro GB, Lagos JT: Revisión de embarazo molar en el nuevo Hospital civil de Guadalajara, Jal. Ginec Obstet Mex, 1994 Jul:(62)511-19
- 4.- Lira PJ. Tumor trofoblástico gestacional. Experiencia de 6 años en el Instituto Nacional de Perinatología. Ginec Obstet Mex, 1995. Nov(63)478-82
- 5.- Rivera SG: Revisión de embarazo molar en el Hospital de Ginecología "Luis Castelazo Ayala". Tesis de postgrado 1990 Feb.
- 6.- Cole LA, Koho EL, Kim GS: Detecting and monitoring trophoblastic disease. New perspectives on measuring human chorionic gonadotropin levels. J Reprod Med, 1994 Mar;39(3)193-200
- 7.- Lira PJ. Tumor trofoblástico persistente. Reporte de 15 casos reportados en el Instituto Nacional de Perinatología. Ginec Obste Mex, 1995 Oct(63):417-21.
- 8.- Riece LW, Berkowitz RS, Lage JM: Persistent gestational trophoblastic tumor after partial hidatiform mole. Gineol Oncol, 1990 Oct:(36)358-62.
- 9.- Leung Y, Depettrillo AD: Etiology, epidemiology, risk and prognostic factors, screening and imaging of gynecologic cancers. Curr Opin Oncol, 1993 Sep;5(5)859-76.
- 10.- Soper JT: Management of gestational trophoblastic disease. Oncology Huntingt, 1993 Nov;7(11)68-74.

- 11.-Roberts JP, LUrain JR: Treatment of low-risk metastatic gestational trophoblastic tumors with single agent chemotherapy. *Am J Obstet Gynecol* 1996 Jun;174(6) 1917-23.
- 12.-Ellen M, Saltzman AK, Carter JR: Treatment of high risk metastatic gestational trophoblastic tumor with EMA/CO. *Ginecol Oncol*, 1995 Jan;56(1)105-8.
- 13.-Soper JT, Evans AC; Evaluation of Prognostic factors and staging in Gestational trophoblastic tumor. *Obstet Gyneco*, 1994 Dec;84(6)969-73.
- 14.-Soper JT: Surgical therapy for gestational trophoblastic disease. *J Reprod Med*, 1994 Mar;39(3)168-74
- 15.-Rodriguez GC, Hughes CL, Soper JT; Serum Progesterone for the exclusion of Early pregnancy in women at risk for recurrent gestational trophoblastic neoplasia. *Obstet Gynecol*. 1994 Nov;84(5) 794-7.
- 16.-Berkowitz RS: Gestational trophoblastic disease: Recent advances in the understanding of cytogenetics, histopathology and natural history. *Curr Opin Obstet Gynecol*, 1992 Aug; 4(4)616-20
- 17.-Wenzel LB, Berkowitz RS, Robinson: Psychological, social and sexual effects of gestational trophoblastic disease on patients and their partners. *J Reprod Med*, 1993 Mar;39(3)163-167

Cuadro 1

Semanas de Amenorrea	1994	1995	1996	TOTAL
Embarazos reportados	25,144	22,123	21,133	68,400
Embarazos Molares	26	37	33	96
Casos estudiados	16	17	17	50
Porcentaje	0.10	0.16	0.15	0.14
Tasa por 10,000 emb.	10	16	15	14

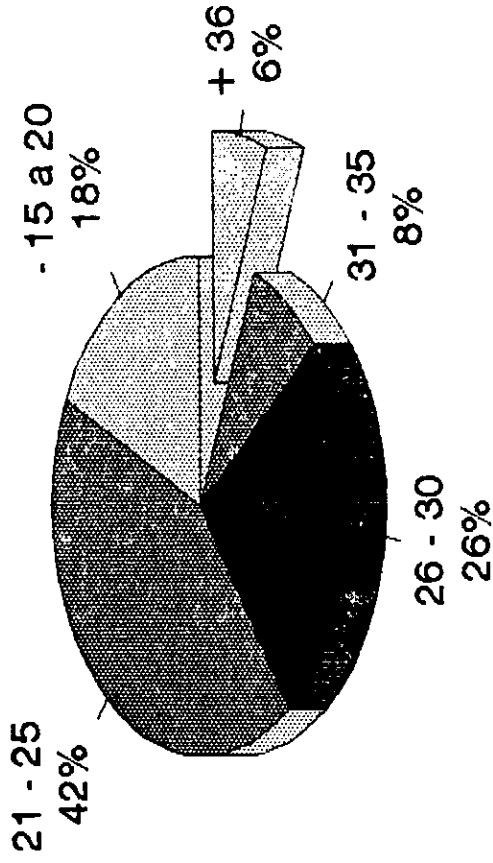
Cuadro 2

Edad más frecuente en la que se presenta el Embarazo Molar

Edad	No.de Casos	%
- 15	1	2
16 - 20	8	16
21 - 25	21	42
26 - 30	13	26
31 - 35	4	8
+ 36	3	6

Embarazo Molar

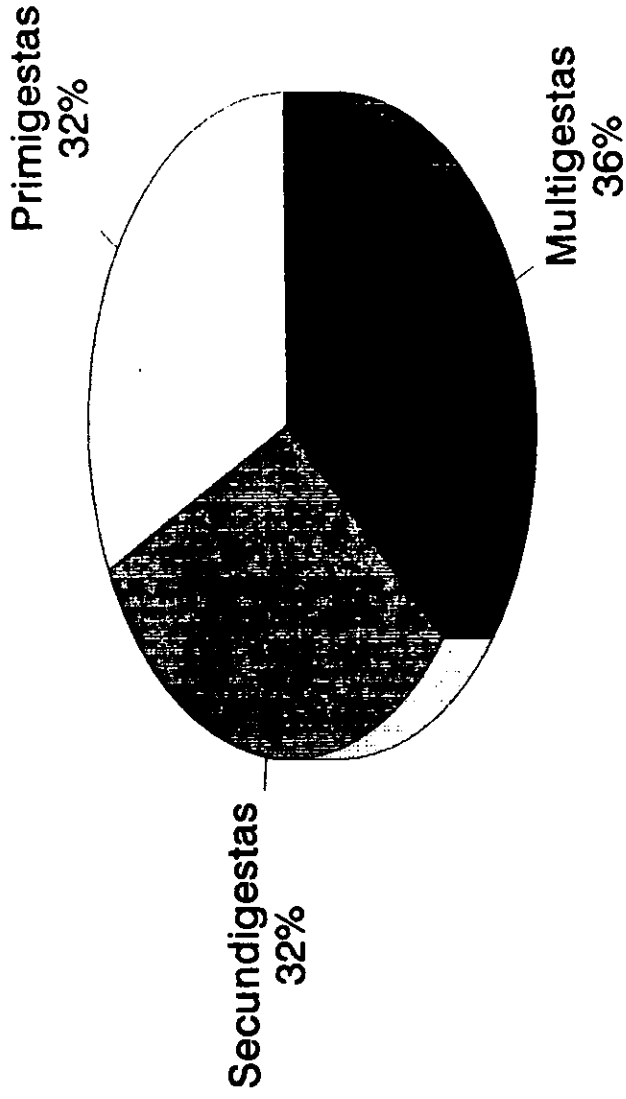
Edad de Pacientes



Fuente: D.I.M.A.C.

Embarazo Molar

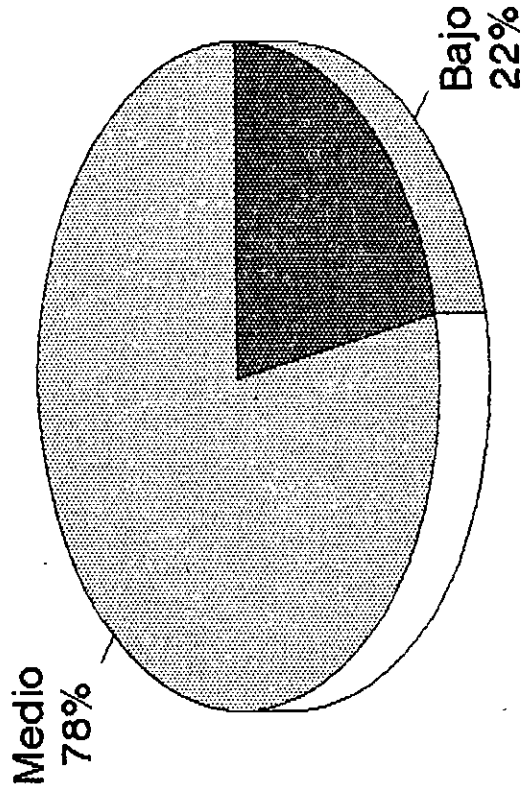
No.de Gestaciones por Paciente



Fuente: D.I.M.A.C.

Embarazo Molar

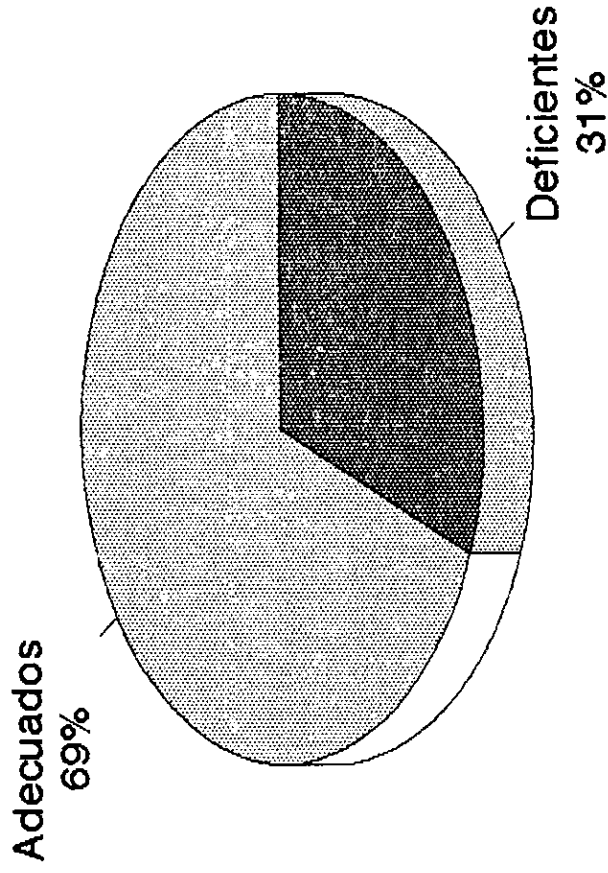
Nivel Socioeconómico



Fuente: D.I.M.A.C.

Embarazo Molar

Habitos Higienico-dietéticos



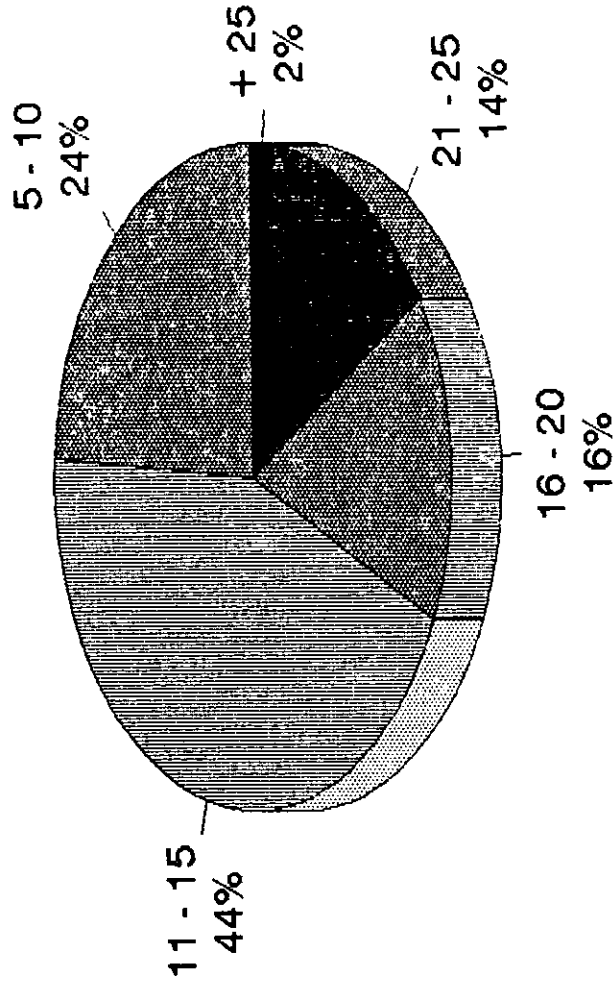
Fuente: D.I.M.A.C.

Cuadro 3

Semanas de Amenorrea	No.de Casos	%
5 - 10 SDG.	12	24
11 - 15 SDG.	22	44
16 - 20 SDG.	8	16
21 - 25 SDG.	7	14
+ 25 SDG.	1	2

Embarazo Molar

Semanas de Amenorrea



Fuente: D.I.M.A.C.

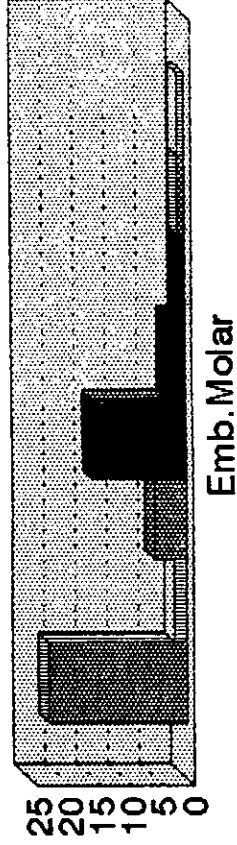
Cuadro 4

Diagnóstico al momento del Ingreso

Diagnóstico	No.de Casos	%	No.de Casos	
			%	
Embarazo Molar	22	44	29	58
Embarazo Molar VS Obito	2	4		
Embarazo Molar VS HMR	5	10		
Amenaza de Aborto	15	30	21	42
Huevo Muerto Retenido	3	6		
Aborto Incompleto	1	2		
Sangrado Uterino Disfuncional	1	2		
Tumor de Ovario	1	2		

Embarazo Molar

Diagnóstico al Ingreso



Emb. molar	22
Emb. Molar Vs Obito	2
Emb. Molar Vs HMR	5
A. de Aborto	15
H.M.R.	3
A. Incompleto	1
SUD.	1
Tumor ovario	1

Fuente: D.I.M.A.C.

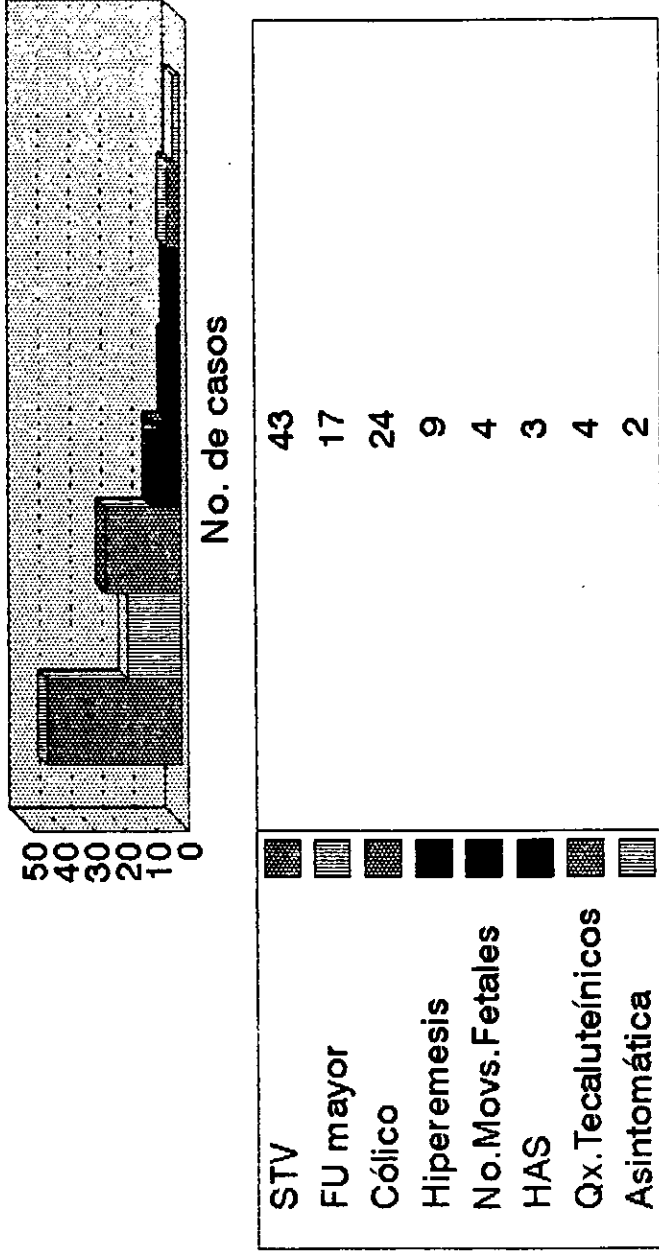
Cuadro 5

Signos y síntomas al ingreso

Signos y Síntomas	No.de Casos	%
Sangrado Trasvaginal	43	86
Utero mayor que amenorrea	17	34
Dolor tipo Cólico	24	48
Hiperemesis	9	18
Ausencia de Movs.Fetales	4	8
Asintomática	2	4
Hipertensión	3	6
Quistes tecaluteínicos (USG)	4	8

Embarazo Molar

Signos y Síntomas



Fuente: D.I.M.A.C.

Cuadro 6

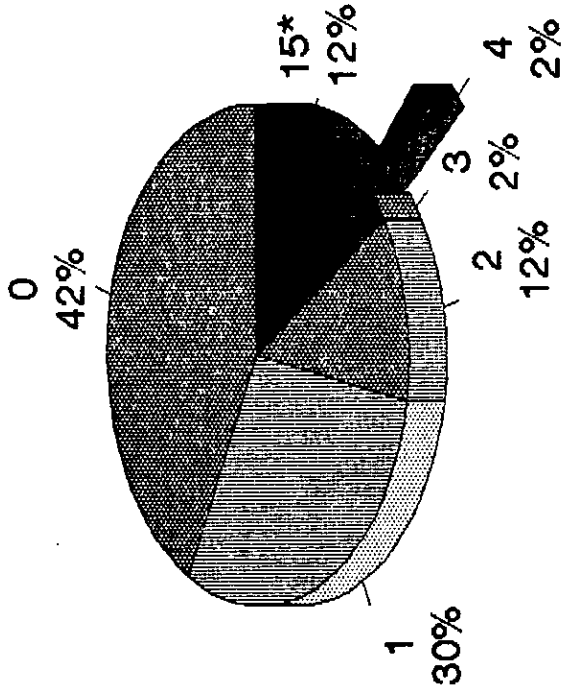
Tiempo transcurrido en días desde el ingreso a que se confirmó el diagnóstico de Embarazo Molar

Días	No.de Casos	%	No.de Casos / %	
0	21	42	88	
1	15	30		
2	6	12		
3	1	2		
4	1	2		
6	-	-	6	
9	-	-		
15*	6	12	12	

***Hallazgo de anatomía patológica**

Embarazo Molar

Diagnóstico de Certeza (en días)



Fuente: D.I.M.A.C.

*Hallazgo de Patología

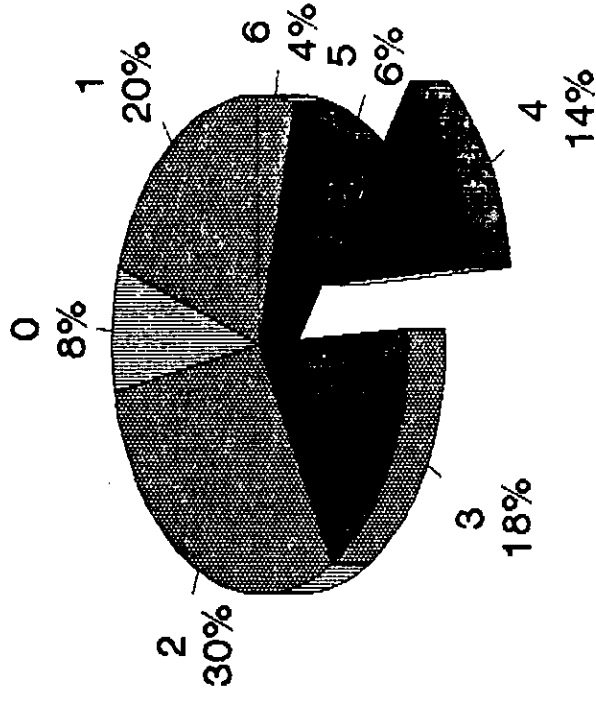
Cuadro 7

Tiempo del ingreso al vaciamiento molar en días

Días	No.de Casos	%	No.de Casos	
				%
0	4	8	38	76
1	10	20		
2	15	30		
3	9	18		
4	7	14	12	24
5	3	6		
6	2	4		

Embarazo Molar

Evacuación Molar post.al Ingreso (en días)



Fuente: D.I.M.A.C.

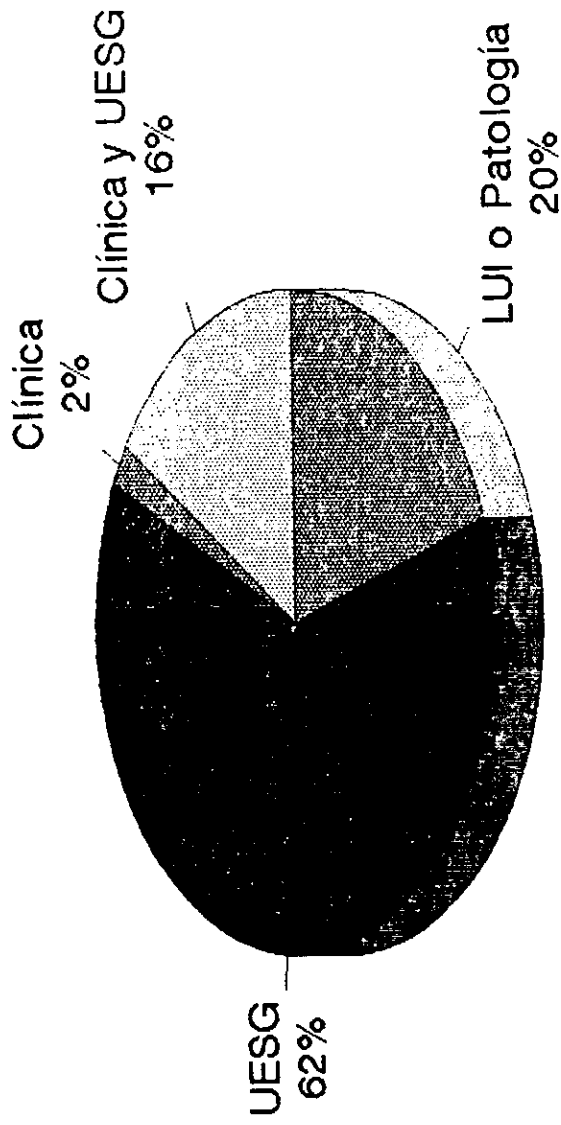
Cuadro 8

Método utilizado para el diagnóstico

Método	No.de Casos	%
Clínica y Ultrasonido	8	16
Clínica	1	2
Ultrasonido	31	62
Legrado y/o patología	10	20

Embarazo Molar

Método diagnóstico



Fuente: D.I.M.A.C.

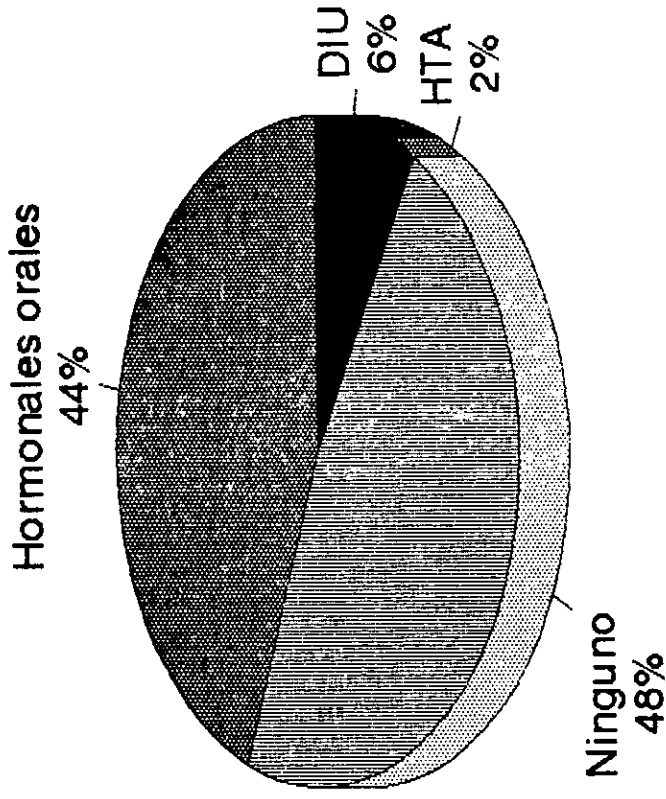
Cuadro 9

Método anticonceptivo utilizado después de la evacuación molar

Método	No.de Casos	%	No.de Casos	
			%	
Hormonales orales	22	44	26	52
DIU	3	6		
OTB	-	-		
HTA	1	2		
Sin anticoncepción	24	48	24	48

Embarazo Molar

Método anticonceptivo post evacuación



Fuente: D.I.M.A.C.

Cuadro 10

Tratamiento utilizado para la evacuación molar y las complicaciones presentadas

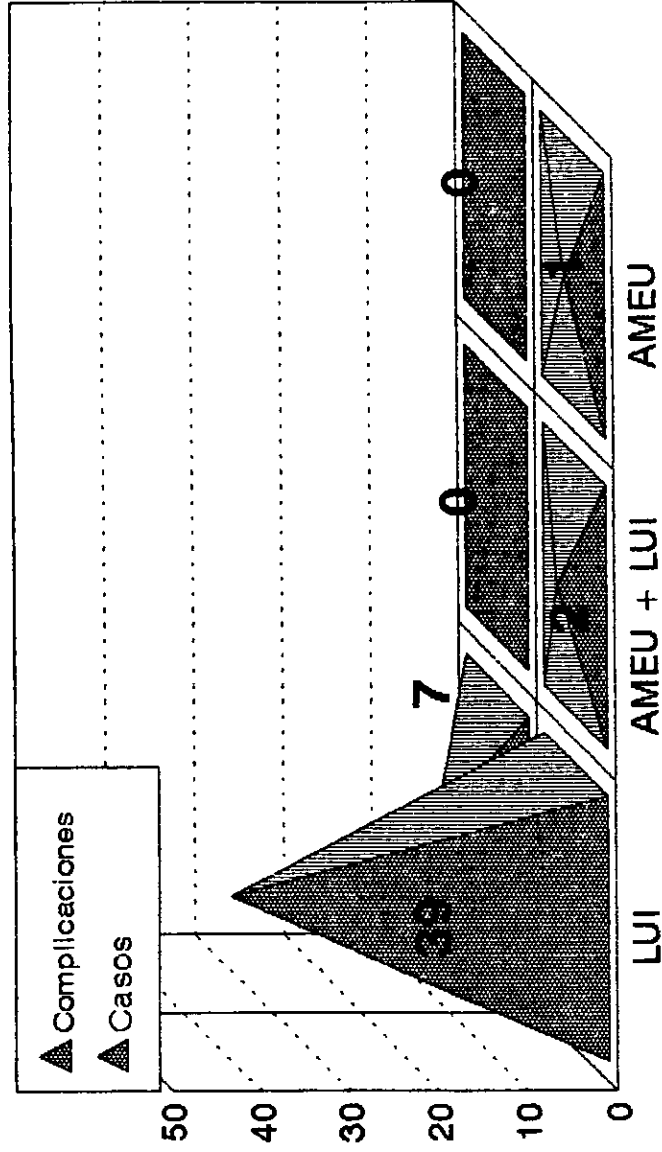
Tratamiento	LUI		AMEU		Aspiración + LUI	
	No.	%	No.	%	No.	%
Sin complicaciones	39	78	1	2	2	2
Sangrado*	7	14				
Total	46	92	1	2	3	6

* 1 paciente ameritó HTA

* 2 pacientes requirieron transfusión sanguínea

EMBARAZO MOLAR

Tratamiento y complicaciones



Fuente: D.I.M.A.C.

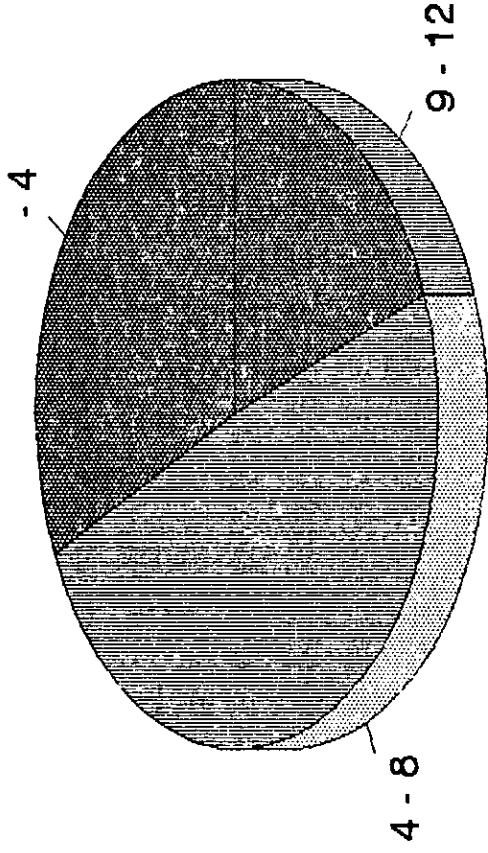
Cuadro 11

Semana en la cual se negativizó la HGC posterior a la evacuación molar

Semana	No.de Casos	%
Menos de 4	15	30
4 - 8	23	46
9 - 12	9	18

Embarazo Molar

HGC negativa (En semanas)



Fuente: D.I.M.A.C.

Cuadro 12

Semana en la cual se negativizó la subunidad beta de HGC posterior a la evacuación molar

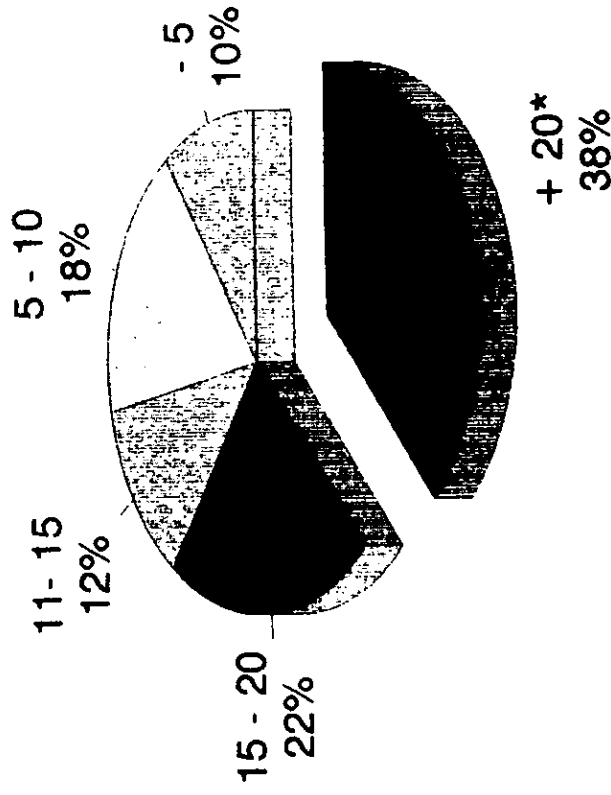
Semana	No.de Casos	%	No.de Casos	
				%
Menos de 5	5	10	20	
5 - 10	9	18		
10 - 15	6	12		40
15 - 20	11	22	11	22
Mas de 20*	19	38	19	38

*** 6 Requirleron quimioterapia**

*** 1 ameritó HTA**

Embarazo Molar

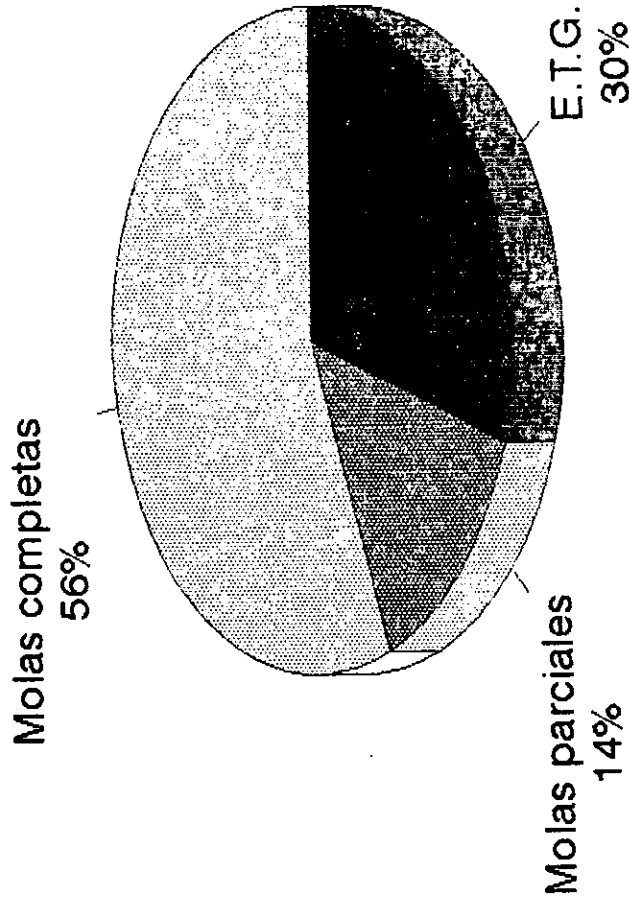
HGC Sub.Unidad Beta negativa (en semanas)



* 6 Requirieron quimioterapia; 1 ameritó HTA

EMBARAZO MOLAR

HISTOPATOLOGIA



Fuente: D.I.M.A.C.