

28
2ej

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

ORGANISMO DESCENTRALIZADO

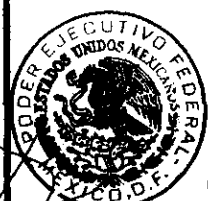
UNIDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

**ENFERMEDAD TROFOBlastica GESTACIONAL.
EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN EL SERVICIO DE
GINECO OBSTETRICIA**

SECRETARIA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

ORGANISMO DESCENTRALIZADO



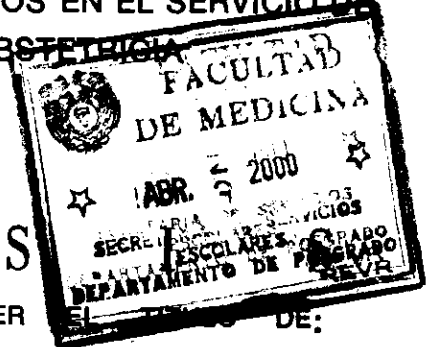
T E S
QUE PARA OBTENER

**E S P E C I A L I S T A E N
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

DIRECCION DE ENSEÑANZA R E S E N T A :

DR. FERNANDO GONZALEZ ZENDEJAS

ASESOR: DR. ALFONSO CONTRERAS PORRAS.



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

0277363

MEXICO, D. F.

OCTUBRE 1999.



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 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.

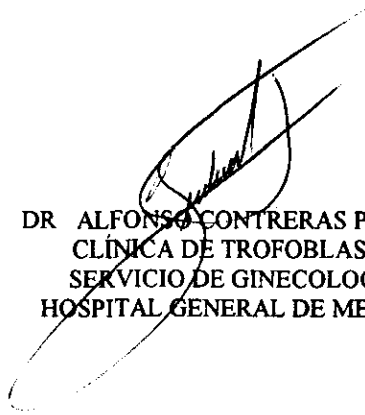
**ENFERMEDAD TROFOBlastICA
GESTACIONAL**

**EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN EL SERVICIO
DE GINECO OBSTETRICIA
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO.**

DR. GUILLERMO OROPEZA RECHY
JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
GENERAL DE MEXICO

DR. ARMANDO VALLE GAY
JEFE DE ENSEÑANZA DE LA UNIDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

DR. EDUARDO MOTTA MARTINEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE POSGRADO UNIVERSITARIO
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



**DR. ALFONSO CONTRERAS PORRAS
CLÍNICA DE TROFOBLASTO
SERVICIO DE GINECOLOGIA
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO**

ASESOR DE TESIS

A mis padres y hermanos por apoyarme siempre en mi carrera profesional, por su amor y comprensión que han sido la base para mi formación como persona y profesionista.

A todos los médicos del servicio de Ginecología del Hospital General de México, por su paciencia y apoyo para mi formación como especialista.

A los integrantes de mi guardia , por que hemos crecido juntos y hemos compartido buenos y malos momentos, por apoyarme cuando más lo necesité y por considerarme su amigo gracias Ericka, Oscar, Alicia, Martha, Fabio y Meri .

A ti Eri ,por enseñarme que las cosas sólo tienen una forma de hacerse y esto es, hacerse bien y por ayudarme a encontrar el camino hacia quien siempre está con nosotros.

..... Dios , Gracias por todo lo que has dispuesto para mi .

INDICE

Introducción	1
Fundamenteo	4
Epidemiología	3
Tipo de Estudio	5
Edad	6
Lugar de Procedencia y estado civil	7
Paridad	9
Diagnóstico clínico de ingreso	11
Semanas de Amenorrea al ingreso	13
Cuadro clínico	14
Resolución de la Neoplasia trofoblástica gestacional	16
Días de estancia hospitalaria	19
Estudio anatómo- patológico	21
Seguimiento de enfermedad trofoblástica	22
Conclusiones	23
Comentarios	24
Bibliografía	26

INTRODUCCION

"*Neoplasia Gestacional del embarazo*" es denominación general para una variedad de anomalías proliferativas del trofoblasto. La mola hidatiforme representa usualmente una forma benigna de la enfermedad en tanto que el coriocarcinoma es muy maligno, 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 polipeptídica gonadotropina coriónica humana (HGC). La enfermedad casi siempre se vincula con algún suceso gestacional y difiere específicamente del coriocarcinoma que se encuentra en tumores de células germinativas del ovario o el testículo. (1)

Esta enfermedad se conoce desde la antigüedad. Hipócrates cuatro siglos antes de Cristo, describió la mola hidatiforme como hidropesía del útero y la atribuyó al agua insalubre. William Smellie, en 1700, fue el primero en emplear los términos hidatídico y mola. A comienzos del siglo XIX, Velpeau y Boivin describieron la mola hidatiforme como la degeneración quística de las vellosidades del corión. (2)

Durante los últimos 40 años, la neoplasia gestacional del trofoblasto, que se consideró alguna vez como uno de los tumores ginecológicos más temibles, es hoy altamente curable con tratamiento quirúrgico y quimioterapia apropiados. De cualquier forma, el éxito en el tratamiento de estas neoplasias depende de la gradación y el diagnóstico adecuados, así como del tratamiento y seguimiento apropiados. (3)

A final de los años 40, se demostró que los tejidos fetales precisaban de grandes cantidades de ácido fólico y podían, por tanto, inhibirse por el compuesto antifólico metotrexato(4). Hubo que esperar hasta 1956 para que se publicara la primera remisión completa y estable mediante el empleo de metotrexato en una paciente con coriocarcinoma metastásico. (5)

Desde el punto de vista técnico, la enfermedad trofoblástica gestacional, se divide en dos categorías amplias; enfermedad benigna (casi siempre mola hidatiforme completa o parcial) y enfermedad maligna, la cual se presenta como mola persistente o recurrente, coriadenoma destruens (mola invasora) o coriocarcinoma que es el tumor epitelial puro. En general, se dispone de confirmación histológica para la gestación molar; en cambio , el diagnóstico de enfermedad maligna se establece con base en la elevación o persistencia de gonadotropina coriónica humana en pacientes con embarazo molar previo. (6)

Los datos precisos para determinar la incidencia actual de la enfermedad trofoblástica gestacional son difíciles de obtener. Muchos abortos espontáneos son abortos molares o contienen material premolar que se resuelve de modo espontáneo sin confirmación histológica. Además, el sistema de información hospitalaria que se emplea para obtener datos puede contener sesgos y no comunicar la verdadera incidencia de embarazos para un área determinada y rara vez se realizan estudios basados en poblaciones en países en donde es de esperarse una frecuencia elevada de molas. Por tanto los esquemas de incidencia son de acuerdo a su metodología y es evidente una gran amplitud entre ellas, incluso dentro de un mismo país. (7)

EPIDEMIOLOGIA

La incidencia en el mundo occidental es de 1 en 1.200 a 1 en 1.500 embarazos, es aceptada por la mayoría de los clínicos como bastante representativa de la neoplasia gestacional del trofoblasto en la práctica clínica. Para el obstetra, ginecólogo o médico familiarizado con un servicio obstétrico activo se esperan uno a dos casos de mola hidatiforme al año (8). Aún cuando la incidencia en Estados Unidos de Norteamérica y en el Reino Unido es bastante baja, la presentación de esta enfermedad tiene una frecuencia suficiente y las consecuencias del tratamiento inapropiado son tan graves que los obstetras deben tener la posibilidad en mente. Además, la incidencia comunicada de material molar en 1 de 600 embarazos entre los especímenes de abortos terapéuticos obliga a un examen cuidadoso de estos casos (9).

De los estudios epidemiológicos se deduce que ciertas mujeres tienen un riesgo incrementado para desarrollar un embarazo molar. Aún cuando la ocupación, el antecedente de aborto previo, edad muy joven, intervalos largos sin embarazo y un estado socioeconómico bajo confieren un riesgo estadístico elevado de embarazo molar, estos factores tienen un significado mínimo para el clínico(10). En efecto, el factor individual más importante de riesgo es un embarazo molar previo y todas las evaluaciones prenatales deben buscar este antecedente.

La combinación de aborto espontáneo recurrente, cáncer y enfermedad trofoblástica en familias implica un riesgo mayor, que sugiere genes ligados al complejo mayor de histocompatibilidad mayor involucrados en la patogenia. Por último, el incremento marcado en el riesgo con edad materna avanzada, es un factor importante para que el médico astuto lo recuerde. Parece no haber consenso sobre otros factores de riesgo antes implicados, como estado marital, religión, educación y grupo sanguíneo (11).

FUNDAMENTO

La enfermedad trofoblástica gestacional es una patología mundial, que presenta una incidencia muy variada, de acuerdo a la región geográfica que se estudie y dentro de un mismo país existen diferencias en la misma.

Se han estudiado desde hace varias décadas los factores de riesgo por dicha patología y no existe un consenso de unanimidad en los mismos. Sin embargo los datos que la mayoría de las publicaciones aportan, son en relación a la experiencia de los centros hospitalarios donde se atiende esta patología.

En el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México, existe una clínica de "Enfermedades del trofoblasto" la cual lleva el seguimiento de las pacientes con dicha patología y de este seguimiento se ha hecho un estudio sólo hasta el año de 1996, por lo que en complemento al mismo, se realiza el presente estudio para la identificación de factores epidemiológicos, experiencia en el manejo y seguimiento. De este estudio podremos comparar la incidencia de ETG en nuestro hospital con otros centros hospitalarios del país.

Además nos permitirá a manera de retroalimentación modificar conductas y fortalecer los puntos de seguimiento y manejo que encontremos.

TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio retrospectivo, longitudinal y descriptivo el cual fue realizado en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital General de México, consultando en el archivo clínico de la Unidad y en el Archivo central del mismo Hospital, en donde se revisaron 116 expedientes clínicos del periodo comprendido del 1° de Septiembre de 1995 al 1° de Septiembre de 1999, los cuales correspondían a pacientes con el diagnóstico clínico ó paraclínico de enfermedad trofoblástica gestacional ó sospecha de la misma .

Se analizaron datos epidemiológicos, diagnósticos y laboratoriales como edad, estado civil, procedencia, paridad, diagnóstico de ingreso, semanas de amenorrea, ultrasonido pélvico, presencia de quistes tecaluteínicos, cuantificación de gonadotropinas, cuadro clínico, resolución, complicaciones, uso de hemoderivados, días de estancia hospitalaria, metodología anticonceptiva utilizada, seguimiento y diagnóstico histopatológico final .

Los criterios de inclusión fueron que las pacientes tuvieran el diagnóstico clínico de enfermedad trofoblástica a su ingreso al servicio de ginecología, clínico, paraclínico ó con sospecha de la misma por la presencia de restos con tejido sugestivos de enfermedad trofoblástica. De todas las pacientes se obtuvo material para el estudio histopatológico .

A los resultados se les obtuvo la media aritmética y porcentaje, ilustrándose en gráficas y figuras representativas.

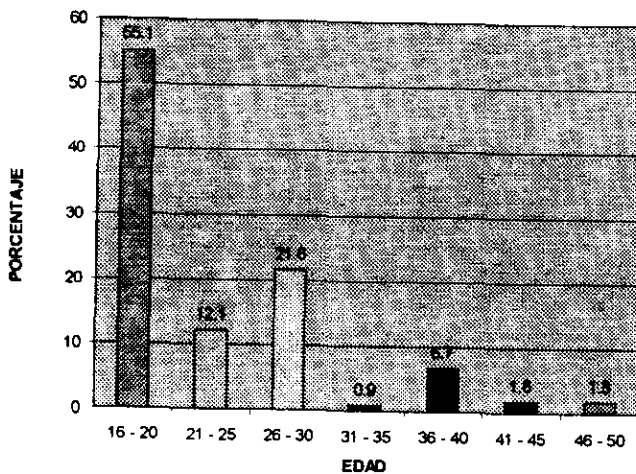
Para la incidencia se tomo en cuenta el número de nacimientos ocurridos en el lapso de 5 años .

EDAD

Se tomó en cuenta los grupos etáreos de análisis estadístico que utiliza el sistema epidemiológico de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) la cual valora los datos en bloques de 5 años y para el presente estudio la edad de inicio fue de 16 años hasta los 50 años,

Se obtuvo que la edad promedio de la presentación de neoplasia trofoblástica gestacional fue de 23 años, con un predominio en el grupo de pacientes de 16 a 20 años, que representó el 55.1% de los casos (116), en el grupo de 46 a 50 años se presentaron 2 casos con un 1.8% .

EDAD DE LAS PACIENTES

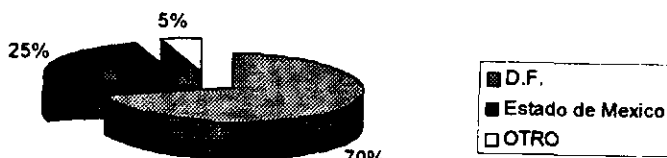


LUGAR DE PROCEDENCIA Y ESTADO CIVIL

Tomando en cuenta que en el Hospital General de México, se atiende a una población abierta y que en ocasiones es centro de referencia para hospitales de provincia y del Estado de México, se analizó la procedencia de las pacientes en estudio a fin de determinar si existe una población dominante y si funciona como apoyo a unidades de primer y segundo nivel de atención.

El 70% de las pacientes atendidas (81), radicaban en el Distrito Federal, el 25% (29), provenían del Estado de México y el resto de las pacientes atendidas con su domicilio en otros estados y acudieron buscando los recursos médico quirúrgicos, que el hospital brindaba.

PROCEDENCIA



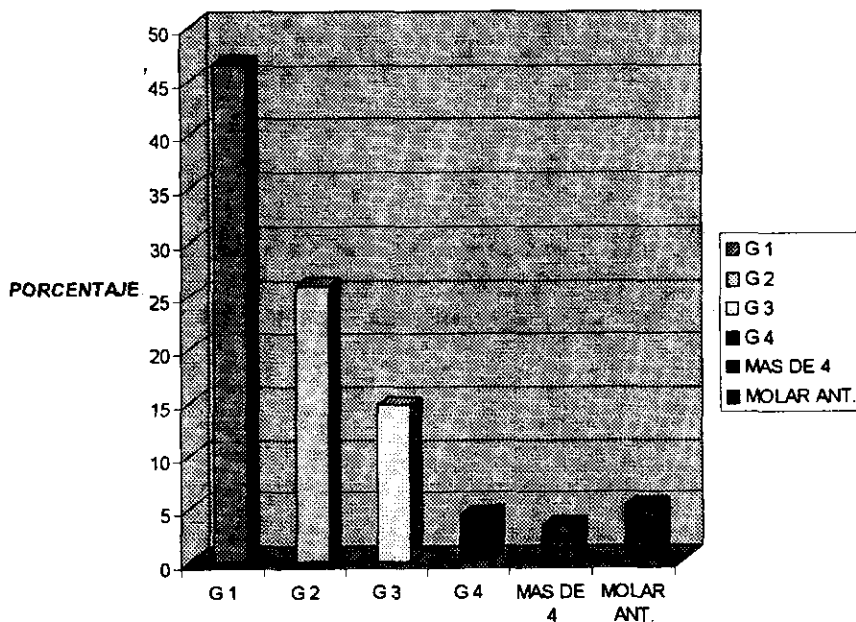
A pesar de que algunos autores no toman en cuenta el estado civil de las pacientes como dato de importancia para el estudio de la neoplasia trofoblástica gestacional, se nos hace interesante conocerlo como un reflejo de la situación social que prevalece encontrando que el 42% (49) de la población estudiada es casada, 27% soltera (31) y en unión libre el 31% restante (36).

ESTADO CIVIL	PORCENTAJE	NUMERO DE CASOS
CASADA	42%	49
SOLTERA	27%	31
UNION LIBRE	31%	36
TOTAL	100%	116

PARIDAD

En el estudio realizado encontramos que el mayor porcentaje corresponde a las pacientes que en su primera gestación presentaron enfermedad trofoblástica gestacional siendo el 46.5% (54), el 25.9% (30) correspondió a pacientes que en su segunda gesta lo presentaron , encontrando 4 pacientes multigestas (con mas de 4 gestas) que representan un 3.4%. Del total de nuestra población (116), el 5.2% (6) de pacientes, presentaron como antecedente neoplasia trofoblástica gestacional, de las cuales 5 tuvieron un evento previo y una de ellas con tres embarazos molares previos.

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

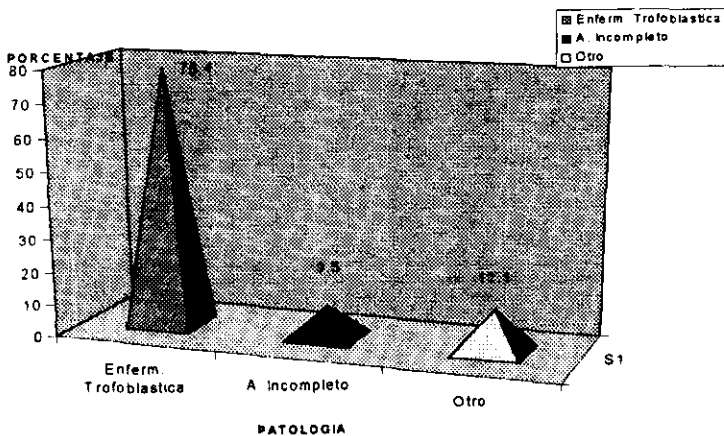


Lo anterior era de esperarse ya que por el mayor porcentaje de pacientes en el grupo de edad, no se esperaba que fueran grandes multíparas, sino que debutaran con un episodio de enfermedad trofoblástica, aunque no se reportan en otras series casos de embarazo molar previo (15,17) en los múltiples estudios en población cautiva se ha encontrado como se refería anteriormente un 2% (23,24)

DIAGNOSTICO CLINICO DE INGRESO

En muchas pacientes, el primer indicio que sugiere la presencia de una mola hidatiforme es la expulsión de tejido vesicular, en otras ocasiones, un útero aumentado de tamaño para la edad gestacional y sangrado transvaginal, sugieren el diagnóstico, al igual que una determinación de más de 100 mil unidades internacionales de gonadotropina coriónica sérica, aunque una sola determinación, no hacen el diagnóstico, ya que en un embarazo múltiple puede existir elevación de la misma. A la inversa, cuando existe una mola puede observarse un título "normal". Aunque se han utilizado históricamente diversas técnicas de diagnóstico prepatológico para identificar una mola (amniografía, arteriografía del útero), en la actualidad, la ecografía, que se ha convertido en la prueba de elección, debe ser extremadamente precisa. En un embarazo molar, esta técnica produce ecos múltiples característicos que se generan en la interfase entre las vellosidades de la mola y el tejido circundante sin la presencia del saco gestacional normal o del feto (28)

DIAGNOSTICO CLINICO DE INGRESO



Se tomó el diagnóstico de ingreso de las pacientes al servicio de ginecología, encontrando básicamente en nuestro grupo de estudio los diagnósticos de Enfermedad trofoblástica gestacional en un 78.4% (91) y se incluyeron pacientes cuyo diagnóstico de ingreso fue aborto incompleto, pero que el reporte de anatomía patológica nos evidenciaba la presencia de dicha patología 9.5% (11), se enmarcaron en un grupo de otro diagnóstico, a las pacientes que presentaban diagnóstico paraclínico (ultrasonido pélvico) de enfermedad trofoblástica contra aborto incompleto 12.1% (14).

ULTRASONOGRAFIA PELVICA		
	PORCENTAJE	NUMERO DE CASOS
SI	83.6%	97
NO	16.4%	19
TOTAL	100%	116

SEMANAS DE AMENORREA AL INGRESO

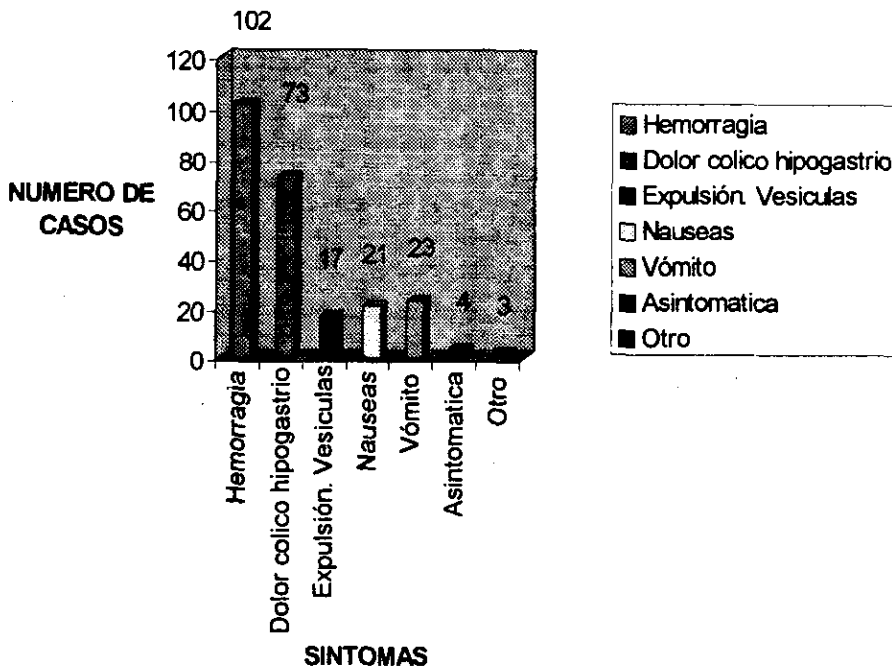
Se tomó como punto inicial una amenorrea de 4 sem., con un parámetro máximo de 24 sem., entre las cuales el promedio fue de 15.3 sem., siendo en el grupo de 9 a 12 sem., el porcentaje fue 40.5% (47) seguido del grupo con amenorrea de 13 a 16 sem., que evidenció un 22.4% (26) . Lo anterior en relación a lo descrito en diagnóstico que en su mayoría se realiza en el primer trimestre, ya que la presentación de la sintomatología es temprana y sólo en la minoría de los casos se consulta posterior a las 20 sem., (15) .

AMENORREA AL INGRESO		
SEMANAS	PORCENTAJE	NUMERO DE CASOS
4 A 8	12.1	14
9 A 12	40.5	47
13 A 16	22.4	26
17 A 20	11.2	13
21 A 24	3.5	4
Desconoce	10.3	12
TOTAL	100	116

CUADRO CLINICO

En la etapa inicial del desarrollo de la enfermedad trofoblástica, hay pocas características que la distinguen del embarazo normal, pero más tardíamente en el primer trimestre y en el segundo, suelen ser evidentes cambios característicos. Los síntomas tienen mayor probabilidad de ser mucho más exacerbados en la mola completa. (14)

CUADRO CLINICO

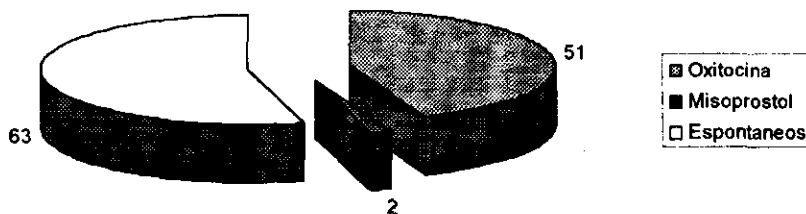


La hemorragia es el signo más común y varía desde muy leve hasta una hemorragia profusa. Puede iniciarse inmediatamente antes del aborto o lo que es más frecuente de manera intermitente durante semanas e incluso meses .

En nuestra revisión de 116 pacientes 102 presentaron dicho signo (88%), junto con este se encontró que las pacientes acusaban dolor a nivel pélvico en un 63% (73). Como es de esperarse por la reacción del organismo al trofoblasto la sintomatología neurovegetativa se encuentra presenta en el 18% (23) con náusea y 20% (21) vómito. De las pacientes que presentaban sangrado transvaginal en un 14.5% (17) presentaron expulsión de vesículas. No obstante un porcentaje menor de pacientes se presentó asintomática 3.4% (4) y acusando otra sintomatología en la que se incluye disminución de peso y cefalea un 2.5% (3).

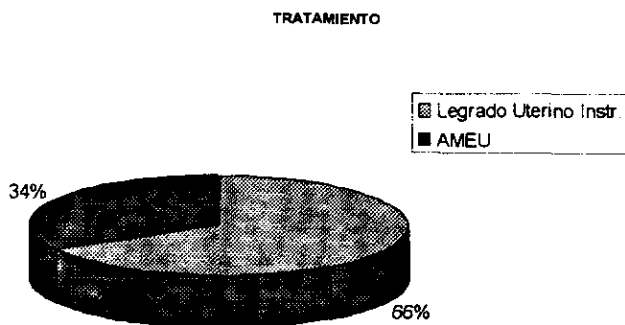
RESOLUCION DE LA NEOPLASIA TROFOBLASTICA GESTACIONAL

Aunque se considera generalmente que la inducción médica previa a la evacuación de una mola hidatiforme aumenta el riesgo de embolización trofoblástica ó enfermedad trofoblástica persistente, se ha encontrado que la estimulación de contracciones uterinas con prostaglandinas, no incrementa el riesgo de enfermedad persistente (15). A pesar de encontrarse descrito el uso de prostaglandinas en nuestro estudio encontramos que el uso de Oxitocina como inductor del trabajo de aborto sigue siendo el recurso más empleado en aquellas pacientes que lo ameritaron, siendo un total de 53 inducciones, de las cuales 51 se indujeron con oxitocina, 2 con misoprostol y el resto presentó evacuación espontánea.



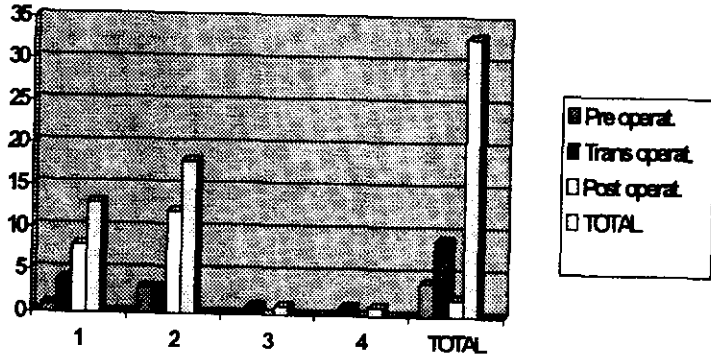
Debido a una mayor concientización al respecto, de que indudablemente por la disponibilidad de mejores técnicas diagnósticas, especialmente la ecografía, la Enfermedad Trofoblástica Gestacional se diagnostica y trata actualmente con mayor frecuencia y bajo circunstancias controladas, en vez del caos que se presenta cuando abortan espontáneamente. Por lo tanto, hay tiempo para realizar un examen adecuado de la paciente, que puede estar anémica, hipertensa o tener depleción de líquidos.

Se describe que la evacuación por medio de aspiración es el tratamiento de elección de la mola hidatiforme, independientemente del tamaño uterino (27). En nuestra casuística se resolvieron 39 casos clínicos mediante el procedimiento de Aspiración Manual Endouterina (AMEU) representando 33.7%. y 77 pacientes fueron sometidas a Legrado Uterino Instrumentado (66.3%).

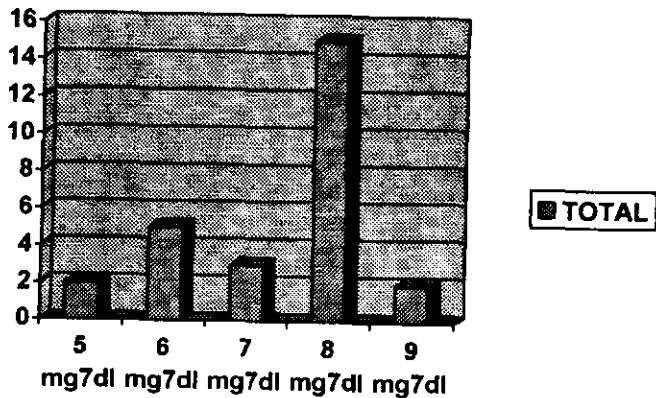


En 85 casos (73%) se utilizó bloqueo peridural como método anestésico, En 26 pacientes se usó anestesia general endovenosa (23%), en un paciente se empleo sedación y 4 requirieron sólo anestésico local (4%).

Se realizaron dos histerectomias totales abdominales por cuadros de atonía uterina, en una de ellas se practicó salpingooforectomía bilateral por hemorragia de los pedículos vasculares superiores.

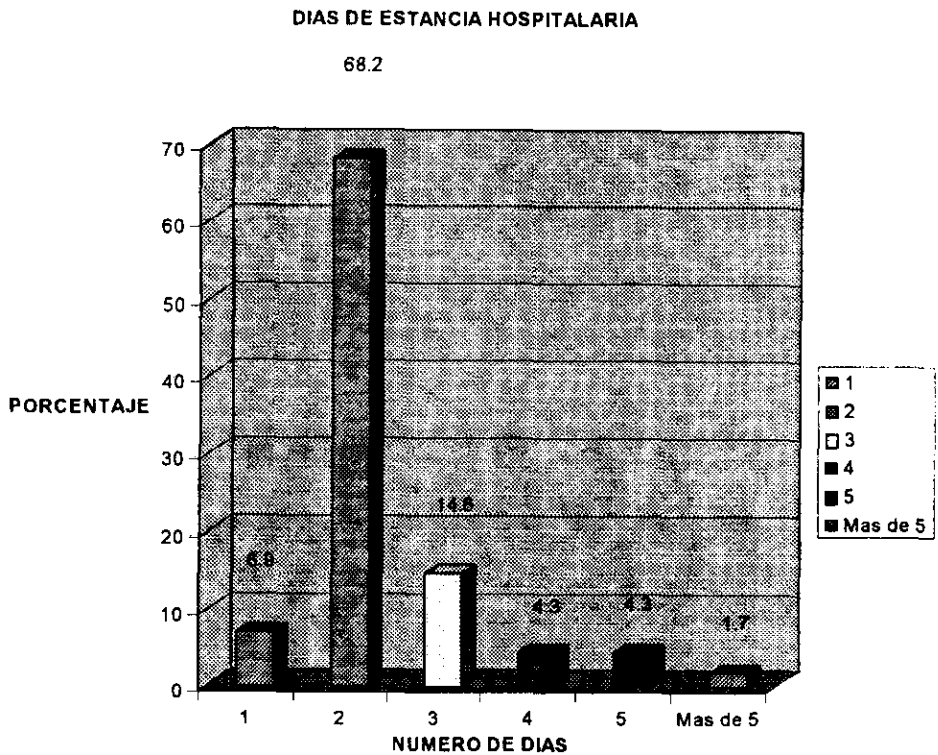


La complicación más frecuente fue la aparición de síndrome anémico secundario a hemorragia transoperatoria, que requirió; en 20 casos, transfusión post operatoria y en 9 casos transoperatoria y transfusión pre operatoria un total de 4 pacientes. Todas ellas mostraron un rango de Hemoglobina de 5 a 9mg/dl, siendo el grupo mayoritario que ameritó el uso de hemoderivados el que se encontró en el rango de 8mg/dl con un total de 15 pacientes.



DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA

En 79 casos (68.2%), la estancia hospitalaria fue de dos días, el 14.6% de tres días, y únicamente en dos casos se requirió por más de cinco días.



ESTA TESTA NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

De acuerdo con las normas establecidas en la Clínica del Trofoblasto, se requiere un control estricto de la fertilidad, durante un año.

De los casos analizados se encontró que a 26 pacientes se les colocó Dispositivo Intrauterino y en 3 se realizó oclusión tubaria bilateral, el resto sin método anticonceptivo. Esto representa un 25% de pacientes con método anticonceptivo.

METODO DE EGRESO	
METODO	TOTAL
D.I.U.	26
O.T.B.	3
SIN CONTROL	0
TOTAL	116

ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO

La confirmación histológica y la gradación de la mola hidatiforme después del legrado, que antes fue importante, no predice de modo uniforme las secuelas trofoblásticas. En efecto, la diferenciación entre una mola parcial y una completa, o incluso de la degeneración hidrópica, presenta una incidencia alta de la variabilidad entre patólogos. De cualquier forma la confirmación histológica es con frecuencia necesaria para distinguir las molas completas de las molas parciales, menos frecuentes (35,36,37).

La mayoría de las molas completas poseen dos juegos haploides de cromosomas, 46xx, ambos derivados del padre. Por otro lado las molas parciales son sobre todo triploides con una contribución de ambos padres. Los estudios de citogenética moderna, han permitido descubrir numerosas variaciones en los cariotipos de las molas parcial y completa y hay reportes de presentaciones raras, incluso en aquellas concomitantes con feto intacto. Las técnicas de biología molecular más avanzadas, revelan mecanismos más intrincados: se sugiere que una relajación de la impresión (imprinting) tal vez explica la expresión del gen H19 materno que se evidencia en el tejido androgénico de las molas completas (38) también se demostró la presencia de DNA materno (39).

De los casos estudiados, encontramos que de 116 pacientes estudiadas encontramos 116 reportes de anatomía patológica, los cuales se reportaron como MOLA COMPLETA 90 casos, MOLA PARCIAL 21 casos, CORIOCARCINOMA 1 caso y OTROS diagnósticos 4 casos, en los que se encontraron, reacción decidual, decidual basal y 2 con material insuficiente.

REPORTE ANATOMOPATOLOGICO	
CLASIFICACION	NUMERO DE CASOS
MOLA COMPLETA	90
MOLA PARCIAL	21
CORIO CARCINOMA	1
OTROS	4
TOTAL	116

SEGUIMIENTO DE ENFERMEDAD TROFOBLASTICA

El seguimiento de las pacientes en su cita de primera vez ocurrió en 83 casos de los 116 estudiados, lo que representa 71.5% , de las cuales 71 (85%) contaban con determinación de gonadotropinas, siendo positivas en 31 casos y negativas en 40 casos. Los días en que las pacientes acudieron a cita posterior al evento fluctuó de los 15 días a los 90 días, con un promedio de 38 días.

SEGUIMIENTO DE PRIMERA VEZ EN UN AÑO					
DIAS	ASISTIO	CON H.C.G.		H.C.G. Beta	
		NO	SI	POSITIVA	NEGATIVA
15 a 30	36	3	33	21	12
31 a 45	23	4	19	8	11
46 a 60	13	0	13	2	11
61 a 75	4	2	2	0	2
76 a 90	7	3	4	0	4
TOTAL	83	12	71	31	40

CONCLUSIONES

La incidencia de enfermedad trofoblástica en el Hospital General de México es de 1 por cada 385 embarazos, siendo el grupo de edad de 16 a 20 años el más afectado. La población mayoritaria sigue siendo residente del Distrito Federal y en segundo lugar pacientes procedentes del Estado de México. El estado civil de la mayoría de ellas fue casada, encontrando en más del 50% de ellas la aparición de *enfermedad trofoblástica* en su primer embarazo y el 5.2% con antecedente de embarazo molar previo. El diagnóstico de ingreso principal fue *Enfermedad trofoblástica Gestacional*, seguido de aborto incompleto, en los cuales el apoyo de ultrasonido pélvico fue del 87%. En el primer trimestre es más frecuente el diagnóstico, 53% de los casos, y en los que la Hemorragia transvaginal sigue siendo el signo prevalente, junto con dolor y sintomatología neurovegetativa.

El método de inducción de trabajo de aborto sigue siendo con el uso de Oxitocina en el 96% de los casos y la resolución es preponderantemente con Legrado Uterino Instrumentado, 66.3%, siendo que la Aspiración Manual Endouterina se encontró como una alternativa en la terapéutica en el 33.7% de los casos.

El Síndrome anémico se presentó como complicación en el 23% de las pacientes, las que ameritaron transfusión de paquetes globulares, la mayoría de ellas en el post operatorio inmediato por sintomatología y una concentración de Hemoglobina en promedio de 8 mg/dl.

La estancia de las pacientes en el servicio desde su ingreso fue de 2 días como promedio y sólo el 5% ameritó hospitalización por más de 4 días. A su egreso se brindó método de planificación familiar al 25% de las pacientes atendidas, realizando un seguimiento de primera vez en promedio a los 38 días, solicitando fracción beta de Gonadotropina Coriónica Humana como control, de las cuales sólo el 75% asistió

Se obtuvo *reporte anatomopatológico* en el 100% de los casos, de los que la Mola completa representó el 77.5%, la Mola Parcial el 18.1% y Coriocarcinoma el 0.8%.

COMENTARIOS

La neoplasia trofoblástica gestacional se desarrolla después de cualquier forma de concepción normal o anormal. El embarazo previo más usual a una neoplasia gestacional del trofoblasto es una paciente que se presenta con una mola hidatiforme, la cual puede ser parcial o completa(28). Las pacientes con mola hidatiforme se identifican por ultrasonido y se someten a un procedimiento de evacuación de la cavidad uterina con confirmación histológica del diagnóstico. Estas pacientes deben registrarse para un seguimiento regular posterior. Se reconoce bien que la mola hidatiforme es un trastorno premaligno que puede convertirse ya sea en enfermedad gestacional persistente o en un coriocarcinoma histológico. La incidencia de pacientes que necesitan quimioterapia después de varias molas hidatiformes es de alrededor de 15% en pacientes con mola hidatiforme parcial (29).

El coriocarcinoma puede ocurrir después de cualquier embarazo a término con una incidencia de 1 en 40 000 a 50 000 partos (30). La enfermedad trofoblástica puede ocurrir después de un embarazo reconocido y en estas pacientes el diagnóstico es muy difícil. La alerta de una neoplasia trofoblástica gestacional posible en una mujer joven, en edad fértil es importante y fácil de confirmar ya que una elevación clara de la estimación de GCH en ausencia de un embarazo intra ó extrauterino es muy sugestiva de esta.

En la literatura americana (12,13,14) se describe una frecuencia relativamente elevada de mola hidatiforme en gestaciones que tienen lugar al inicio o al final de la vida reproductiva y en los estudios del país se encuentra como mayoría la población menor de 20 años, esto en publicaciones tanto de Instituciones que manejan población derechohabiente como en las que atienden a población abierta. (15,16,17), lo anterior lo podemos esperar al encontrarnos con diferentes niveles de cultura y con el aumento cada vez mayor de embarazos en adolescentes, en quienes se agrega el desconocimiento de metodología anticonceptiva (18,19).

No parece existir diferencia en paridad entre pacientes con embarazos molares y pacientes con embarazos normales, sin embargo las pacientes con embarazos molares tienen un riesgo más alto de enfermedad trofoblástica en concepciones posteriores. En Norteamérica y Asia se han comunicado embarazos molares repetidos con una incidencia del 0.6% al 2%, de igual forma se han comunicado que después de dos episodios iniciales de enfermedad trofoblástica, el riesgo de que la enfermedad se repita es del 28%, (15,17,20,21,22).

FACTORES PRONOSTICOS

La enfermedad trofoblástica representa un amplio espectro de enfermedades biológicas, que varían desde la enfermedad que se elimina por una quimioterapia mínima y poco tóxica hasta los tumores muy agresivos donde el riesgo de desarrollar resistencia a los fármacos es aún un problema mayor (31). Las variables pronósticas principales identificadas son desde 1976: Un título de gonadotropinas mayor de 100 000 UI/l que se relaciona de cerca con el avance de la enfermedad y la tendencia a desarrollar resistencia a los fármacos e Incapacidad de la quimioterapia previa para eliminar la enfermedad (32).

Se recomienda que las pacientes no se embaracen durante 12 meses después de cualquier forma de enfermedad trofoblástica gestacional (33).

BIBLIOGRAFIA

- 1.- American College Of Obstetricians and Gynecologists: Committe on obstetrics: Maternal-Fetal Medicine: Placental pathology, No. 102,December 1991.
- 2.- Du Beshter B, High risk factors in metastatic Gestational , Trophoblastic disease. Journal Repr. Med. 36,9013: 1991.
- 3.- Philip J. Disaia, Oncología Ginecológica clínica, 210-211, 1994.
- 4.- Williams L. Obstetricia , 736-734, 4ª. Edición , 1994.
- 5.- Berkowitz RS, Goldstein DP, Bernstein MR, Evolving concepts of molar pregnancy. J. Repr. Med. 36:40:1991.
- 6.- Quiñones Z,C: Hydatiform mole. Clinical aspects, incidence and risk factors. Gineco Obst Mex. 63,391; 1995.
- 7.- Berkowitz RS, Bernstein MR, Harlow BL. Case-control study of risk factors for partial molar pregnancy. Am J Obstet Gynecol , sep.173, (pte I) 788-94. 1995.
- 8.- Buckley JD . The epidemiology of molar pregnancy and choriocarcinoma. Clin. Obstet. Gynecol. 28-153.159, 1984 .
- 9.- Grimes DA. Epidemiology of gestational trophoblastic disease. Am. J. Obstet. Gynecology. 150:309-318. 1984
- 10.- Kohorn EL. Molar pregnancy: Presentation and diagnosis. Clin. Obstet. Gynecol. 27:181-191. 1984
- 11.- Jones WB & Lewis JL. Late recurrence of gestational trophoblastic disease. Gynecol Oncol. 20:83-91. 1983.
- 12.- Grimes DA. Epidemiology of gestational trophoblastic disease. Am J, Obstet Gynecol. 150:309; 1984.
- 13.- Jones WB. Gestational trophoblastic disease: What have we learned in the post deade?. Am. J Obstet Gynecol. 162:1286:1990.
- 14.- Bagshawe KD. Risck an prognostic factors in trophoblastic neoplasia. Cancer . 38: 1373, 1991.
- 15.- Zarain GA. Gamboa, Ayala. Frecuencia y control terapéutico de la ETG. Ginec. Obstet. Mex. 54:8 , 1986.

- 16.- Walss RRJ. Delgado RA. Rivera MJJ. Enf. trofoblástica gestacional. Prevalencia y características epidemiológicas en el centro médico IMSS, Torreón. *Ginec. Obstet. Mex.* 59:134, 1991.
- 17.- Panduro BJ, y col. Mola Hidatiforme en el Nuevo Hospital Civil de Guadalajara, *Ginec. Obstet. Mex.* 62:197, 1994 .
- 18.- OMS, OPS. Las condiciones de salud en las Américas 1994. OPS. Washington 1994.
- 19.- Monroy ,VA. Morales GM., Velasco ML. Fecundidad en la adolescencia: causas ,riesgos y opciones. OMS,OPS. Washington , 1988.
- 20.- Bercowitz RS. Goldstein DP. Risk factors for complete molar pregnancy. *J. Repr. Med.* 36:40,1991 .
- 21.- Bercowitz RS. Bernstein MR. Reproductive experience after complete and partial molar pregnancy and gestational trophoblastic tumors. *J. Repr. Med.* 36:3. 1991.
- 22.- Rice. LW: Bercowitz. Lage. JM. Persistent Gestational trophoblastic tumor after partial hidatiform mole. *Gynecol. Oncol.* 36: 358; 1990.
- 23.- Lurain JR. Brewer JL. Natural History of hidatiform mole after primary evacuation. *Am. J. Obstet Gynecol.* 145:591: 1991.
- 24.- Pettersson F, Kolstad P. Ludwig H. Annual report on the results of treatment in gynecologic cancer. *Gynecol. oncol.* 28:320; 1990.
- 25.- Schlaerth. JB. Morrow CP Initial manégement of hidatiform mole. *Am J. Obstet. Gynedol.* 158-1299; 1992.
- 26.- Jones WB., Medical induction prior to surgical evacuation of hidatiform mole. Is there a greater risk of persistent trophoblastic disease. *Eur. J. Obstet Gynecol. Repr. Bio.* . 42:57:1991.
- Hankins GDV. Wendel GW. Trophoblastic embolization during molar evacuation. *Obstet Gynecol.* 69:368: 1987.
- 27.- Miller DS. Lurain JR. Aspects of treatment in trophoblastic disease. *Obstet Gynecol. Clin. North Am.* 15:477:1988.
- 28.- Bagshawe KD. Lawliler SD. Gestational trophoblastic tumours following initial diagnosis of partial hidatiform mole.

- 29.- Morrow CP . Post molar trophoblastic disease: Diagnosis, management and prognosis. Clin. Obstet. Gynecol. 27:211-220. 1984.
- 30.- Narayan H, Mansour P & McDougall . Recurrent consecutive partial molar pregnancy. Gynecol. Oncol. 46:122-127. 1992.
- 31.- Surwit EA, Alberts DS, Poor --prognosis gestational trophoblastic disease: An update. Obstet. Gynecol. 64:21-26. 1984.
- 32.- Yedema K A, Verheij RH, Kenemans. Identification of patients with persistent trophoblastic disease by means of a normal human chorionic gonadotropin regressive curve. Am. J. Ostet. Gynecol. 168: 787-792. 1993.
- 33.- Soper JR, Clarke-Pearson D & Hammond CB. Metastatic gestational trophoblastic disease: Prognostic factors in previously untreated patients. Obstet. Gynecol. 71:338-343.