

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE MÉDICO GENERAL**

TRABAJO DE TITULACIÓN

**“INCIDENCIA DE EMBARAZO MOLAR EN EL HOSPITAL PROVINCIAL
GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA EN EL PERÍODO COMPRENDIDO
ENERO 2013-MARZO 2018”**

Autor(as): Huilca García Tatiana Elizabeth
Lara Sandoval Erica Liseth

Tutora: Dra. Anabela del Rosario Criollo Criollo

Riobamba - Ecuador

Año 2018

ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL

CERTIFICACIÓN

Mediante la presente los miembros del TRIBUNAL DE GRADUACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN "INCIDENCIA DE EMBARAZO MOLAR EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENERO 2013-MARZO 2018", realizado por las señoritas: Tatiana Elizabeth Huilca García - Erica Liseth Lara Sandoval y dirigido por la Dra. Anabela del Rosario Criollo Criollo.

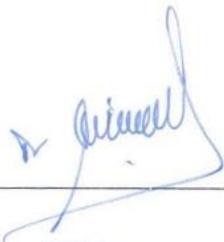
Una vez escuchada la defensa oral y revisado el informe final del proyecto de investigación con fines de graduación, en el cuál se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remite la presente para uso y constancia de la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Chimborazo.

Para la constancia de lo expuesto firman:

Riobamba, julio 2018

Dr. Wilson Nina Mayancela

PRESIDENTE


FIRMA

Dr. Ángel Mayacela Alulema

MIEMBRO DEL TRIBUNAL


FIRMA

Dr. Pablo Alarcón Andrade

MIEMBRO DEL TRIBUNAL


FIRMA

Dra. Anabela Criollo Criollo

TUTORA


FIRMA

Dra. Anabela Criollo
Médico Asistente
M.S. 1710280126

ACEPTACIÓN DE LA TUTORÍA

Por la presente, yo Dra. Anabela del Rosario Criollo Criollo, certifico que he leído el proyecto de grado presentado por las estudiantes Huilca García Tatiana Elizabeth y Lara Sandoval Erica Liseth, para optar por el título de Médico General, y que acepto asesorar a las estudiantes en calidad de tutora, durante la etapa de desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación.



Dra. Anabela Criollo
GINECOLOGA OBSTETRA
MSP. 1716280126

Dra. Anabela del Rosario Criollo Criollo

CI: 1716280126

TUTORA

DERECHOS DE LA AUTORÍA

Nosotras Huilca García Tatiana Elizabeth y Lara Sandoval Erica Liseth somos responsables de las ideas, el contenido y los resultados planteados en el presente proyecto de investigación, cuyo patrimonio intelectual pertenece a la Universidad Nacional de Chimborazo.



Huilca García Tatiana Elizabeth
CI:0603869678



Lara Sandoval Erica Liseth
CI:0604129122

AGRADECIMIENTO

Queremos agradecer a Dios todopoderoso por habernos permitido lograr nuestro objetivo, por su infinita bondad y por su amor; a nuestros padres y hermanos por habernos apoyado en todo momento, con sus consejos y su cariño, lo que nos ha ayudado a ser personas de bien. Sobre todo, agradecemos su amor.

De la misma manera vaya nuestro agradecimiento a los docentes de Universidad Nacional de Chimborazo por su gran apoyo y motivación para la culminación de nuestros estudios profesionales, y en especial a la Dra. Anabela Criollo, quien ha sido un pilar fundamental en la elaboración de nuestro proyecto.

Lara Sandoval Erica Liseth

Huilca García Tatiana Elizabeth

DEDICATORIA

Mi trabajo de investigación va dedicado a mis padres y hermanos, ya que siempre me han apoyado durante toda mi carrera; por su amor, trabajo y sacrificio.

Huilca García Tatiana Elizabeth

Dedico la presente investigación a las personas más extraordinarias con las que Dios me ha bendecido, mis amados padres y hermanos que me han apoyado en todo el trayecto de mi carrera universitaria, los seres con que he contado en las buenas y en las malas, quienes con su ayuda y amor incondicional han sabido fortalecer día a día, mi espíritu de esfuerzo, optimismo, responsabilidad y superación.

Lara Sandoval Erica Liseth

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO	v
DEDICATORIA	vi
INDICE DE GRÁFICOS	viii
INDICE DE TABLAS	viii
RESUMEN	9
ABREVIATURAS	11
1. INTRODUCCIÓN	11
<u>1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</u>	13
<u>1.2 JUSTIFICACIÓN</u>	13
<u>1.3 OBJETIVOS</u>	14
2.ESTADO DEL ARTE	14
3. METODOLOGÍA	24
CAPITULO IV	25
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	25
<u>4.1 DISCUSIÓN</u>	29
CAPITULO V	30
<u>5.1 CONCLUSIONES</u>	30
<u>5.2 RECOMENDACIONES</u>	31
6.1BIBLIOGRAFÍA	31
<u>6.3 ANEXOS</u>	35

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 Clasificación de la enfermedad trofoblástica gestacional.....	35
GRÁFICO 2 Seguimiento para la enfermedad trofoblástica gestacional.....	35
GRÁFICO 3 Sistema de estadificación FIGO Y OMS para enfermedades trofoblástica gestacional.....	36
GRÁFICO 4 Edad materna.....	27
GRÁFICO 5 Anticonceptivos.....	28

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Lugar de residencia	26
Tabla 2. Edad gestacional.....	26
Tabla 3. Características histopatológicas.....	27
Tabla 4. Abortos previos y multiparidad.....	28

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: la enfermedad trofoblástica gestacional está caracterizada por un crecimiento anómalo de las células trofoblásticas de la placenta, posterior a una fertilización anormal, lo cual puede presentar alteraciones de tipo premalignas y malignas.

OBJETIVO: Describir la incidencia del embarazo molar en pacientes atendidas en el Hospital Provincial General Docente Riobamba, durante el período comprendido entre enero 2013 y marzo 2018.

DISEÑO METODOLÓGICO: estudio con enfoque mixto, de tipo observacional descriptivo, longitudinal ambispectivo con muestreo no probabilístico, de tipo intencional o deliberado, que permitió seleccionar 53 historiales de pacientes con diagnóstico certero de embarazo molar.

RESULTADOS: El 66% de las pacientes en estudio se encuentran en el rango de 10 a 19.6 semanas al momento de ser diagnosticadas con mola hidatiforme. Existe una alta incidencia de la patología entre las edades de 16 a 25 años con un 64%. La sintomatología más frecuente reportada incluyó sangrado vaginal y dolor abdominal con un total del (92,45 %). Sin embargo, predominaron las entidades benignas con un 81,13%.

CONCLUSIONES: El embarazo molar presenta una patología poco frecuente a nivel mundial. Aunque en el período objeto de estudio se identificó la existencia de varios casos, la incidencia es baja. Predomina esta entidad en pacientes en edades entre 16 y 25 años; El principal factor de riesgo de padecer esta patología resultó el antecedente de abortos previos.

PALABRAS CLAVE: mola hidatidiforme, embarazo molar, neoplasia trofoblástica gestacional, gonadotropina coriónica humana.

ABSTRACT

INTRODUCTION:

Gestational trophoblastic disease is characterized by an anomalous growth of the trophoblastic cells of the afterbirth following abnormal fertilization. Which can present alterations of premalignant and malignant type.

OBJECTIVE:

Describe the incidence of molar pregnancy in patients attended on the Provincial Hospital General Docente Riobamba, during the period between January 2013 and March 2018.

METHODOLOGICAL DESIGN:

Study with mixed approach, descriptive observational type, longitudinal ambispective with non-probabilistic sampling, intentional or deliberate type that allowed to select 53 clinical histories of patients diagnosed with certainty of molar pregnancy

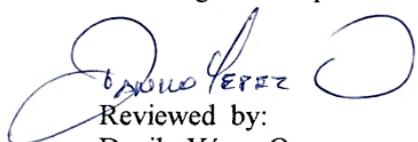
RESULTS:

The 66% of the patients under study are between the range of 10 to 19.6 weeks from the time of being diagnosed with mola hidatidiforme, there is a high incidence of the pathology between the ages of 16 to 25 years in 64%, the symptoms the most frequent reported was vaginal bleeding and abdominal pain (92.45%), benign entities predominated with 81.13%.

CONCLUSIONS:

Molar pregnancy presents a slightly frequent pathology on a global scale rare. Although in the period under study the existence of several cases was identified, the incidence is low. This entity predominates in patients aged between 16 and 25 years; the main risk factor of suffering this pathology was the antecedent of previous abortions.

KEYWORDS: hydatid mole, molar pregnancy, gestational trophoblastic neoplasia, human chorion gonadotropin.


Reviewed by:
Danilo Yépez O.
English professor UNACH



ABREVIATURAS

- Enfermedad trofoblástica gestacional (GTD)
- Neoplasia trofoblástica gestacional (GTN)
- Mola hidatidiforme completa (CHM)
- Mola hidatidiforme parcial (PHM)
- Mola Invasiva (IM)
- Coriocarcinoma (CCA)
- Tumores trofoblásticos del sitio placentario (PSTT)
- Tumores trofoblásticos epitelioides (ETT)
- Ácido desoxirribonucleico (ADN)
- Gonadotropina coriónica humana (hCG)
- Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO)
- Organización Mundial de la Salud (WHO)
- Tirotropina, hormona estimulante de la tiroides (TSH)
- Metrotrexate (MTX)
- Actinomicina D (Act D)
- Ácido fólico (FA)
- Patología autosómica recesiva con cariotipo biparental (BiCHM)
- Gen localizado en brazo largo del cromosoma 19, unión de nucleótidos, repeticiones ricas de leucina, dominio de pirina 7 (NLRP7)
- Gen localizado en el brazo largo del cromosoma 6 (KHDC3L)

1. INTRODUCCIÓN

La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG), o mola hidatiforme, se conoce desde tiempos antiguos; Hipócrates en el siglo 4 a.C. describió esta entidad patológica como una hidropesía del útero y se especulaba que era producida por la presencia de aguas corrompidas en ese órgano. De ahí el origen etimológico de la palabra, que deriva del vocablo griego hydatisia, que significa gotas de agua y del vocablo latino mola, que significa falsa concepción.⁽¹⁻³⁾

Esta patología está caracterizada por un crecimiento anómalo de las células trofoblásticas de la placenta, posteriormente a una fecundación anormal, la cual puede provocar alteraciones de tipo pre maligno y maligno. La mola hidatiforme completa (CHM) y la parcial (PHM) se incluyen en las entidades pre malignas. El estado maligno es conocido

como neoplasia trofoblástica gestacional (NTG) y se compone de 4 subtipos. (Anexos, gráfico 1).⁽¹⁾

Esta condición es una de las problemáticas ya que no se conoce los casos de embarazo molar en el Hospital Provincial General Docente Riobamba con el aporte de información auténtica, relacionada a las características propias de las pacientes de nuestro medio.

Esta patología presenta una incidencia y una epidemiología muy variables, en dependencia de la situación geográfica, la población y el estado socioeconómico; además constituye un problema ginecológico poco frecuente.^(2,4)

Es alta la incidencia del estado benigno; 1 de cada 1500 embarazos en Europa y Estados Unidos padecen esta complicación, mientras que su incidencia resulta notable en América Central, Sudamérica y México, donde se refieren 25 casos por cada 5 000 gestaciones. La frecuencia de tipos malignos en Estados Unidos y Europa se presenta en 1 de 20 000 a 1 de 40000 embarazos, y entre 1 de 500 a 1 de 1 000 embarazos en Asia, África y América Latina.⁽⁵⁾

El peligro de sufrir reiterados episodios de mola es del 1.5 % en mujeres con diagnóstico de CHM, pero ante PHM el riesgo aumenta al 2.7 %. En pacientes menores de 16 años y mayores de 36 años se identifica que es mayor el riesgo de presentar enfermedad trofoblástica gestacional, mientras que en mujeres mayores de 40 años el riesgo se duplica.⁽⁶⁾ Destacando así la importancia de abordar este tema, ya que no se reportan estudios relacionados con este tema a nivel local, y por la misma condición no se cuenta con datos específicos de esta entidad patológica.

En la enfermedad trofoblástica gestacional, la edad de las pacientes, los antecedentes de abortos a repetición, la multiparidad, dieta, raza, grupo sanguíneo, inclusive cierta exposición a toxinas ambientales como herbicidas, el cigarrillo, el consumo de alcohol y el estado socioeconómico, representan importantes factores de riesgo para esta patología.⁽³⁾ Es amplia la sintomatología de la enfermedad trofoblástica gestacional. Lo más habitual es la presencia de sangrado vaginal ocasional.⁽⁶⁾

La ecografía es un parámetro de rutina de control al inicio del embarazo que permite el diagnóstico temprano de ETG, en comparación con la aparición de la sintomatología.⁽⁴⁾ Es necesario poder reconocer que en NTG se llega al diagnóstico ante valores anormales

de β -hCG, o a su vez, ante valores bajos que en próximos controles se encuentran exageradamente altos, luego de varias semanas de post evacuación.⁽⁷⁾

Para el control, seguimiento y monitoreo de la enfermedad trofoblástica gestacional se utiliza el examen serológico de los niveles de β -hCG, por lo que es necesario conocer que en ciertos casos se puede originar el síndrome de hCG fantasma.⁽¹⁾

El procedimiento terapéutico para resolver el embarazo molar es la realización de la dilatación y evacuación; ante la posibilidad de perforación del útero se someta a la paciente ha legrado por succión.⁽³⁾

Ante toda esta gama de sintomatología, procedimientos y hechos clínicos propios de la patología nos motivó a la realización del proyecto con el objetivo de describir las características y los factores de riesgo que presentan las pacientes con este diagnóstico, y a su vez conocer la incidencia en el período propuesto.

CAPITULO 1

1.-PROBLEMATIZACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el contexto del Hospital Provincial General Docente Riobamba, el estudio de la incidencia del embarazo molar no se encuentra suficientemente descrito; por lo que se decidió realizar un proceso investigativo al respecto, que constituirá una herramienta para la gerencia de esa casa de salud. El valor técnico metodológico aportado facilitará la toma de decisiones administrativas y epidemiológicas en relación con esa patología.

Atendiendo a lo anterior, las autoras se propusieron el siguiente problema científico:

¿Falta de información y datos de incidencia sobre el embarazo molar en pacientes atendidas en el Hospital Provincial General Docente Riobamba, durante el período comprendido entre enero 2013 y marzo 2018?

1.2 JUSTIFICACIÓN

La enfermedad trofoblástica gestacional se produce por una alteración en la diferenciación del trofoblasto; las células evaden la respuesta inmune, tienden a proliferarse y a propagarse al tejido huésped. No es muy frecuente su incidencia, pero se

describe que, ante un antecedente de embarazo molar, el riesgo es de 1-2 % y del 15-20% ante dos. Hay un gran riesgo de predisposición en edades maternas menores de 16 años y aún más, en mayores de 45 años^(3,4)

Hay que reconocer la importancia del diagnóstico y los procedimientos clínicos oportunos para la evacuación del embarazo molar, lo que puede prevenir futuras complicaciones. Se recomienda incentivar el interés en las pacientes para que puedan entender la severidad de la patología y que los profesionales de la salud puedan brindarles control y seguimiento oportunos.⁽¹⁾

Por lo tanto, la información de esta patología servirá para reconocer datos estadísticos de incidencia, factores de riesgo y complicaciones que presentaron las pacientes con el diagnóstico de embarazo molar en el Hospital Provincial General Docente Riobamba, relacionados a la realidad del medio en el que se desenvuelven.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

- Describir la incidencia del embarazo molar en pacientes atendidas en el Hospital Provincial General Docente Riobamba, durante el período comprendido entre enero 2013 y marzo 2018.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a las embarazadas de la muestra atendiendo a variables epidemiológicas de interés para el estudio.
- Determinar los factores de riesgo del embarazo molar presentes en la población de la investigación.
- Establecer las complicaciones más frecuentes del embarazo molar en las pacientes investigadas.

CAPITULO II

2.ESTADO DEL ARTE

La mola hidatidiforme fue descrita por Hipócrates en el siglo 4 a.C. pero William Smellie fue el primero en manejar los términos de mola e hidatídico en el año 1700. No fue hasta mediados del siglo XIX que Boivin y Velpeau describieron esta patología como una degeneración quística de las vellosidades coriales.⁽²⁾

En el año de 1985 el Dr. Marchand manifestó que el embarazo molar antecede a la aparición de coriocarcinoma, y se refirió a la proliferación del cito y sincitiotrofoblasto en las vellosidades coriales. A inicios del siglo XX, Fels y colaboradores exponen la existencia de exceso de hormona gonadotropina coriónica en la orina de las pacientes afectadas. ⁽²⁾

En la década de los 40, Hertz señala que el tejido fetal requiere ácido fólico y la utilización de un antifolínico como el metrotrexate lo inhibía. Fue que 1956 cuando Li y colaboradores anunciaron el caso de remisión completa de coriocarcinoma metastásico, con el uso de metrotrexate como tratamiento. ⁽²⁾

La Enfermedad Trofoblástica Gestacional (ETG) se conoce también como embarazo molar o mola hidatidiforme, y se genera al existir alteraciones en la fertilización, que ocasionan la proliferación descontrolada del tejido trofoblástico. Abarca dos entidades: mola completa y mola parcial. La resolución se produce posterior a la evacuación, y si no evolucionan favorablemente estas desencadenarán una Neoplasia Trofoblástica Gestacional (NTG), caracterizada por las anomalías del trofoblasto que alteran la evolución de la ETG. Esta entidad maligna puede presentarse “de entrada”, sin antecedentes de ETG previos, y poseen alta tendencia de invasión y metástasis. Se reconocen cuatro subtipos histológicos: Mola invasiva (IM), coriocarcinoma (CC), tumor trofoblástico epiteloides (ETT) y tumor trofoblástico del sitio placentario (PSTT). ^(1,3,7)

La incidencia y la epidemiología de esta entidad patológica presentan variaciones de acuerdo a la situación geográfica, el tipo de población y el nivel socioeconómico de la población estudiada. En América del Norte y Europa, CHM presenta de 1 a 3 casos en 1000 embarazos, y en PHM 3 de cada 1000 embarazos. La incidencia de formas malignas se aproxima a 1 de cada 50 000 y la mola invasora se presenta de 6 a 10 veces, con mayor frecuencia que el coriocarcinoma. ^(4,7)

Entre los factores de riesgo, la edad materna es determinante para el desarrollo del embarazo molar, y en especial para la entidad de mola completa. La vulnerabilidad de las pacientes en ambos extremos de la edad es alta, ya que, en menores a 16 años, el riesgo es seis veces en comparación con el rango de edad entre 16 y 40 años, mientras que en mayores de 40 años es de 5-10 veces. ⁽⁴⁾

Otro factor de riesgo incluye los antecedentes de mola hidatídica en 50%, embarazo ectópico en 5%, aborto en 25%, y embarazo previo a término en 20%, mientras que la asociación con el sistema ABO se ha descrito como predisponente solo para coriocarcinoma y no para mola hidatídica. Se consideran también los factores de tipo hormonales como presencia de la menarquia tardía, la utilización de métodos anticonceptivos orales y las alteraciones de tipo menstrual. En mujeres de raza blanca el riesgo aproximado es de 1.8 a 2.1 veces. ^(4,8)

Las manifestaciones clínicas más habituales son en un 83,3%, la presencia de sangrado vaginal y en un 75,6% el dolor hipogástrico. ⁽⁹⁾

ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

Esta patología se produce por anormalidades relacionadas con la gametogénesis y la fertilización, y como resultado de una aberración del embarazo. Tiene su origen en un cariotipo anormal que genera una proliferación inadecuada y anormal de las vellosidades placentarias. Clásicamente al tejido trofoblástico gestacional es comparado con un racimo de uvas, todos los subtipos tienen en común la hipersecreción de gonadotropina coriónica (hCG). ^(4, 5, 10)

Mola hidatidiforme completa

La CHM citogenéticamente se origina por la fertilización de un óvulo vacío con un espermatozoide haploide (23 cromosomas), lo que condiciona que en el interior del óvulo exista endoreduplicación cromosómica del espermatozoide, y se obtenga una dotación diploide. Siempre el espermatozoide poseerá la genética de 23 X para dar como resultado un producto de 46 XX. Si sucediera esta condición con un espermatozoide con genética 23Y originaría un producto de 46 YY, situación que es improbable que se desarrolle, puesto que para que sea viable el producto es obligatorio que contenga por lo menos un cromosoma de tipo X. Se sabe que la mayoría de embarazos molares son producto de este tipo de fertilización conocida como monospermica. ⁽⁷⁾ Existen menos casos de fertilización dispérmica, originada por la fertilización de dos espermatozoides a un óvulo anucleado. Antes o después de la concepción puede existir la pérdida de los cromosomas de tipo maternos, el ADN nuclear es plenamente paterno y el ADN mitocondrial es de origen materno en la mola hidatiforme completa. ⁽⁴⁾

Histopatológicamente la CHM presenta un diseño característico de una estructura botrioide, causada por hiperplasia anómala del trofoblasto, hiper celularidad estromal, restos de cariurética estromal y vasos vellosos colapsados. ⁽⁴⁾

Se relaciona la CHM recurrente con la patología autosómica recesiva, con cariotipo biparental (BiCHM), reconocida como mola hidatidiforme recurrente familiar (FRHM), donde se revelan ciertas mutaciones en el gen NLRP7, perteneciente a la familia NLRP, e implicado en procesos de inflamación y apoptosis durante la respuesta celular a la infección ⁽⁴⁾. Provoca en la mujer embarazada la incapacidad de instaurar una regulación de impresión normal en los ovocitos, y genera recurrencia y dificultad para sobrellevar un embarazo normal. Al inicio del embarazo se origina un proceso inflamatorio, fundamentalmente durante el estado de implantación, etapa donde se vería involucrado a este gen. ⁽¹¹⁾ Se ha reconocido un segundo gen procedente de la madre, el KHDC3L, que se manifiesta con menor frecuencia ante este padecimiento. ⁽⁴⁾

Mola hidatidiforme parcial

Se produce por la fertilización de un óvulo por dos espermatozoides, que origina un cariotipo de tipo triploide en la mayoría de los casos. Histológicamente contiene 2 tipos de vellosidades coriales: una que presenta un aspecto tradicional o normal, y la otra es de tipo hidrópica con presencia de proliferación trofoblástica focal. El aspecto de las vesículas molares es de menor tamaño. ^(4,7)

En el diagnóstico de esta entidad se evidencia la presencia de un feto que en algunos casos se encuentra con vida, pero se han reportado situaciones clínicas en las que el feto llega a término, casos fuera de lo habitual, pues por las malformaciones que presentan los mismos, no son viables. ⁽⁷⁾

Citogenéticamente son triploides, se producen por anomalías en la fecundación de un óvulo normal por dos espermatozoides, lo que procrea un producto con dotación genética de tipo triploide (69XXX o 69XXY). Las características histológicas son similares a trisomías, monosomías, triploidías y translocaciones, lo que genera gran desconcierto, por lo que actualmente se utiliza la inmunotinción con P57kip2, que se expresa únicamente en cromosomas maternos. Esta prueba permite diferenciar entre CHM y PHM y además identificar los embarazos no molares. Resulta positiva en embarazos no molares y en PHM. Ante un resultado negativo hablamos de CHM. Es crucial realizar una

monitorización de rutina ante estas pacientes con la utilización de β -hCG después de un antecedente de enfermedad trofoblástica gestacional, con el objetivo de descubrir si hay persistencia y la probable transformación a la entidad maligna. ^(4,7)

La enfermedad trofoblástica gestacional presenta una amplia gama de síntomas. Según varios estudios el síntoma más habitual es la presencia de sangrado vaginal esporádico ⁽⁴⁾, pero otros síntomas clínicos que se pueden detectar son: hiperémesis gravídica, síntomas de hipertiroidismo, trastornos hipertensivos como la preeclampsia. En ciertos casos se pueden encontrar una alteración de las hormonas tiroideas con tendencia al hipertiroidismo con la presencia de T4 elevada y TSH disminuida, aunque se dice que es raro presenciar tirotoxicosis, los niveles relacionados a T4 libre posterior a la evacuación del embarazo molar suelen normalizarse. ⁽⁶⁾

Se presenta preeclampsia grave y eclampsia en embarazos molares grandes, ya que la masa trofoblástica hipóxica libera factores antiangiogénicos que posteriormente producen la activación de lesión endotelial. Este tipo de casos son menos frecuentes por la realización del diagnóstico y de procedimientos oportunos para la evacuación. ⁽⁶⁾

La realización de exámenes complementarios como la ultrasonografía, permite un diagnóstico anticipado en comparación con la aparición de la sintomatología, ⁽⁴⁾ debido a que en el control inicial del embarazo se realiza la ecografía de rutina. Esta es la vía por la cual se identifica y diagnostica esta entidad para la posterior toma de acciones ante la resolución. ⁽¹⁾

Si no guarda relación con la edad gestacional el aumento de tamaño del útero, de rutina se debe realizar la ecografía con el objetivo de visualizar esta entidad patológica. Además, este estudio se debe complementar con la observancia de los niveles séricos de β -hCG, que arrojan valores alterados no coherentes con la edad gestacional que presente la paciente, todo en dependencia del tipo de TGD. ⁽⁴⁾

El tejido trofoblástico provoca la producción de gonadotropina coriónica humana, la misma que posee dos subunidades: la alfa, presente en hormonas glicoproteicas, y la subunidad beta que posee alta sensibilidad ante las pruebas de laboratorio. La subunidad beta en el embarazo se encuentra íntegra y se hiperglicolisa en el primer mes normalmente, mientras que en la enfermedad trofoblástica gestacional la hCG puede estar presente como una subunidad beta libre, o como una subunidad cortada, como péptido c

terminal, núcleo beta o como una forma hiperglicosilada. Esta prueba es de gran utilidad ante el control, seguimiento y monitoreo de la enfermedad trofoblástica gestacional. ⁽¹⁾

Ante la elevación leve a persistente de β -hCG, se debe sospechar del síndrome de hCG fantasma, que es producido generalmente cuando no existe una hCG verdadera o la presencia de tejido trofoblástico. Inclusive pueden darse falsos positivos por la existencia de reacción cruzada con anticuerpos heterófilos; por lo tanto, es necesario reconocerla para evitar procedimientos y tratamientos innecesarios, que podrían realizarse después del antecedente de evacuación del embarazo molar, o en ciertos casos, ante una adecuada quimioterapia en casos de neoplasia trofoblástica gestacional. ⁽¹⁾

En todas las entidades de GTD se ha detectado que la hormona del crecimiento está presente en la placenta humana y la misma podría ser usada como un biomarcador para el diagnóstico. ⁽¹²⁾

Posterior al diagnóstico, como tratamiento de primera línea se recomienda la realización de los procedimientos de dilatación y evacuación, que deben ser llevados a cabo con la ayuda complementaria de la ultrasonografía, con el fin de evitar la perforación uterina. El legrado por aspiración es el método más utilizado por la ventaja de no producir esta complicación. ⁽³⁾

Estudios realizados aconsejan que no se utilicen ciertos procedimientos de maduración cervical o agentes que induzcan el parto, ya que la presencia de las contracciones uterinas puede llegar a exponer a la paciente a un cuadro de embolia trofoblástica, lo que le dificultaría respirar, o la expondría a la propagación sistémica de la patología trofoblástica. ⁽³⁾

Una opción terapéutica en pacientes con paridad satisfecha, es la realización de la histerectomía con la debida conservación de los órganos anexos. En comparación con la técnica anteriormente descrita, presenta grandes ventajas al evitar post alteraciones molares. Es esencial que en estas pacientes se mantengan un control y seguimiento con el fin de descartar persistencia de GTD a pesar de estar histerectomizadas. ⁽³⁾

Es favorable la administración de la profilaxis anti-D en pacientes Rh-negativos, pues en el trofoblasto se produce la expresión del factor Rhesus D. Además, ante casos de hemorragia incontrolable se recurre a la histerectomía. ⁽⁴⁾

Los niveles de inhibina A y activina A disminuyen luego de la finalización y evacuación del embarazo molar, lo que indica un mejoramiento. Los niveles de estas demuestran que ante los valores se encuentran de 7 a 10 veces más altos de lo normal. ⁽⁶⁾

Se aconseja valorar la BHCG posterior al procedimiento. La primera valoración se realizará a las 48 horas, y posteriormente se requiere un seguimiento de 1 a 2 semanas en casos de mola hidatiforme parcial, en espera de que 3 pruebas seguidas sean normales. El tiempo sugerido para la remisión es de siete semanas en este tipo de entidad patológica, mientras que para la mola hidatiforme completa es de 9 semanas. El control en estos casos deberá ser cada mes de 3 a 6 meses. (Anexos, gráfico 2) ⁽⁶⁾ Además es recomendable explicar a las pacientes acerca del manejo y uso de anticoncepción por un año, para así permitir al personal de salud tener un control adecuado de la patología. ⁽⁴⁾

Normalmente la β -hCG alcanza valores dentro de los parámetros normales aproximadamente a los tres meses. En el caso de pacientes que deseen embarazarse y logren un declive de la β -hCG de manera logarítmica, se puede planificar un embarazo posterior a los seis meses de obtener valores negativos de β -hCG. Si no se logra este objetivo debe continuarse el control y seguimiento durante un año, explicándole a la paciente sobre los riesgos a los cuales se expondría ante una nueva concepción. ⁽⁷⁾

En cada embarazo, a las 6 semanas posterior al parto o cesárea se aconseja la determinación de β -hCG, y en pacientes con antecedentes de embarazo molar, además se realizará el estudio histopatológico de la placenta. ⁽⁷⁾

NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

Se produce por alteraciones del trofoblasto en las distintas etapas de diferenciación; (3) posee subtipos que son: coriocarcinoma (CC), mola invasiva (IM), tumor trofoblástico del sitio placentario (PSTT) y tumor trofoblástico epitelioides (ETT). ⁽¹⁾

La mola invasiva es una entidad que prosigue a CHM. Varios autores confirman que es posible además que pueda evolucionar posterior a PHM. Las vellosidades hidrópicas de esta neoplasia se caracterizan por invadir el miometrio o los vasos sanguíneos; el pulmón, la vagina, la vulva y el ligamento ancho son los principales órganos afectados por la diseminación. Para el diagnóstico de esta entidad es importante el estudio histopatológico, ya sea de la histerectomía o de la biopsia realizada a la paciente. ⁽⁷⁾

El coriocarcinoma se origina en el trofoblasto veloso. Este tipo presenta invasión al miometrio caracterizada por hiperplasia trofoblástica específica, anaplasia, ausencia de vellosidades coriónicas y hemorragia con necrosis central. Las concentraciones de β -hCG presentan niveles muy altos en el coriocarcinoma, con una diseminación más agresiva e invasiva que produce dispersión maligna a pulmones y vagina. ^(1,4)

Los tumores trofoblásticos del sitio placentario se generan en la zona de implantación de la placenta. Se identifican por su presentación como nidos infiltrantes monomórficos y láminas de trofoblastos intersticiales. Estas entidades poseen una menor invasión de tipo vascular, pero se ven implicados los ganglios linfáticos. Existen bajas concentraciones de hCG, en comparación con el CC. Una variante rara de PSTT es el conocido tumor trofoblástico epiteloide que contiene un comportamiento clínico similar, pero una matriz distintiva hialina característica. ⁽¹⁾

Para lograr un diagnóstico correcto y definitivo, el examen histológico es esencial; hay que reconocer que ante entidades de mola invasiva y CC, característicamente reportan niveles altos de β -hCG, mientras que los niveles más bajos de β -hCG se encuentran en entidades como PSTT y ETT. ⁽¹⁾

Es primordial realizarles un control médico íntegro, con el objetivo de conocer la extensión de esta patología. Con la ayuda de análisis de sangre se pueden constatar las funciones hepáticas, renal, la biometría hemática y los niveles de hCG. Además, el examen físico completo deberá incluir el examen especular en busca de rasgos de metástasis de tipo vaginal. ⁽¹⁾ Con el estudio de protooncogenes, del gen supresor tumoral, de citoquinas y factores de crecimiento, es posible comprender la GTN y la progresión tumoral. Dependería del p53, y la apoptosis conduciría hacia la proliferación trofoblástica. ⁽¹²⁾

La utilización de Rx de tórax es primordial para el control porque puede sugerir o a su vez demostrar imágenes de metástasis; ante esta posibilidad se debe complementar con una tomografía axial computarizada. Es necesario tener en cuenta que además de este estudio, es de relevancia completar el seguimiento con una resonancia magnética de cerebro, si ya existe la evidencia de metástasis pulmonar. ⁽¹⁾

La comprobación de tipo histológica de CC y su propagación a nivel cerebral, al pulmón, o al hígado en imágenes sugestivas que sean mayores de 2cm; el sangrado

gastrointestinal, hemorragias vaginales incontrolables que por su sintomatología necesiten transfusiones; el poseer tres o más resultados alterados de β -hCG superiores a 20 000 UI/l, posterior a 4 semanas post evacuación del embarazo molar, son los motivos por los cuales ya se iniciaría el tratamiento de quimioterapia. ⁽⁴⁾

Según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia FIGO 2000 por sus siglas, en conjunto con la OMS, (Anexos, gráfico 3)⁽¹³⁾ el sistema de estadificación permite la evaluación y el tratamiento recomendados. La puntuación menor a siete corresponde a GTN de riesgo bajo, mientras que aquellas mujeres con puntaje de 0 a 6 tienen más probabilidad de tener buenos resultados ante la monoterapia, ya sea con metotrexato o con actinomicina D. Las mujeres con puntuación mayor a 6 presentan un buen resultado en la terapia combinada, pero la respuesta a la terapia con un solo agente es ineficaz. ⁽¹³⁾

Se han descrito más de 14 opciones quimioterapéuticas para NTG de bajo riesgo, pero no existe uno que se considere de primera línea ante el tratamiento. Según la evidencia, es recomendable utilizar drogas como MTX o la Act D durante la monoterapia en este tipo de pacientes, ya que reporta tasas de disminución en la reaparición del 50 al 90%. ⁽³⁾ La dosis semanal intramuscular o intravenosa de MTX o de Act D dos veces a la semana resulta tener menos efectividad que si la utilización por 5 días de MTX y Act D, o la combinación de MTX/FA durante 8 días. ⁽³⁾

Existen varios estudios comparativos entre la utilización del MTX Y ActD, los mismos que presentan variación en dependencia de las dosis, el tipo de paciente, la vía de administración y la frecuencia. Entonces la utilización del tipo de medicamento va a depender de los profesionales, pues no existe un consenso que pueda guiar hacia la utilización de un medicamento con mejor respuesta ante este tipo de padecimiento. ⁽¹³⁾

Mediante el tratamiento se espera la remisión completa de esta entidad patológica; es óptimo considerar que puede existir la presencia de toxicidad por parte del MTX. Ante la quimioterapia se pueden padecer varios efectos adversos como la supresión de la médula ósea, alopecia, estomatitis, mucositis, náuseas, vómitos, neuropatía y disfunciones en la función hepática y renal, por lo tanto, se utiliza ActD en pacientes con toxicidad y resistencia a la terapia con MTX, y que presenten niveles de β -hCG por debajo de 300 IU/l. ⁽⁴⁾

La quimioterapia multiagente con o sin cirugía adyuvante y radioterapia se aplica en entidades de NTG de alto riesgo. En el año 1980 se descubrió que el etopósido era un agente con alta efectividad; entre las prácticas de quimioterapia, el régimen (EMA-CO) conformado por la combinación de etopósido, MTX, FA, Act D, ciclofosfamida y vincristina, obtuvo un incremento en las tasas de remisión y supervivencia, lo que lo convirtió en el adecuado para el tratamiento de la entidad de alto riesgo de NTG, por presentar baja toxicidad y completa respuesta.⁽³⁾

Es recomendado que este tipo de NTG de alto riesgo, sea tratado por profesionales especializados en oncología y que presenten experiencia, ya que estas pacientes necesitarán la utilización de agentes quimioterapéuticos para terapia agresiva y en varios casos hasta de radioterapia. En un 86% se manifiesta la tasa de supervivencia a los 5 años.

⁽³⁾Según un estudio que se realizó para conocer si la administración de anticoncepción influía en pacientes que han padecido de embarazo molar y las entidades de GTN postmolar, con respecto al seguimiento, los riesgos y el tiempo al que estaba expuesta la mujer para normalizar la β -hCG, dio como resultado que es de gran relevancia médica la utilización de la anticoncepción en el control y seguimiento por su eficacia, y además porque las pacientes que han sido sometidas a la anticoncepción requieren de menos tiempo para obtener la β -hCG dentro de parámetros normales, en comparación con las pacientes que no fueron sometidas. Incluso se demostró que no aumenta la posibilidad de padecer GTN postmolar, ni que influya en la gravedad de la presentación clínica como se creía.⁽¹⁴⁾

Se ha recomendado la administración del método de anticoncepción acetato de medroxiprogesterona, como una elección para las pacientes que tienen problema para cumplir a cabalidad el uso adecuado de los anticonceptivos orales. La aplicación del dispositivo intrauterino está contraindicada en este tipo de pacientes antes de que los niveles de β -hCG comiencen a normalizarse, ya que existe el riesgo de perforación del útero por la subinvolución uterina o por casos de mola invasiva.⁽⁶⁾

Es un tema controvertido hablar de la quimioterapia profiláctica. Según varios estudios deberían tomarse en cuenta las pacientes con alto riesgo de llegar a desarrollar NTG entre estas opciones. Aquellas pacientes que presentan un valor de β -hCG mayor a 100.000 mUI/ml, además de presentar un incremento del tamaño del útero que no guarda relación con la edad de gestación, o quistes tecaluteínicos bilaterales, y en ciertos casos además

de dificultad respiratoria posterior al procedimiento de evacuación, preeclampsia, hipertiroidismo, y persistencia de subinvolución uterina con hemorragia posterior al procedimiento, pueden presentar disminución con esta práctica, del 47 al 14 % de los padecimientos de patología postmolar. Sin embargo, en las pacientes con bajo riesgo no se ha reportado ninguna ventaja la aplicación de esta práctica profiláctica.⁽⁷⁾

Además, con el objetivo de conocer la extensión de esta patología se impone la realización de un control médico íntegro, mediante análisis de sangre, con el fin de constatar la función hepática, renal, la biometría hemática y los niveles de β -hCG. Se propone que se realice un examen físico completo que incluya el examen especular en busca de rasgos de metástasis de tipo vaginal.⁽¹⁾

Se debe explicar claramente a la paciente sobre el manejo y procedimientos a los que se va a someter, pues se ha demostrado que el estado psicológico se ve afectado en este proceso; por lo tanto, se recomienda el apoyo de las especialidades de oncología y psiquiatría por la misma naturaleza de la enfermedad.⁽⁶⁾

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA

El proceso investigativo se desarrolló en el periodo comprendido entre noviembre 2017 y junio 2018, en el Hospital Provincial General Docente Riobamba; el mismo que pertenece al segundo nivel de atención del Ministerio de Salud Pública, y se ubica en la Av. Félix Proaño y Chile de esta ciudad, en la provincia de Chimborazo- Ecuador. Se realizó a través de un estudio con enfoque mixto, de tipo observacional descriptivo, longitudinal ambispectivo.

El universo de estudio estuvo constituido por las historias clínicas de las embarazadas atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia, de la institución de salud mencionada, durante el período comprendido entre enero 2013 y marzo del 2018. Se realizó un muestreo no probabilístico, de tipo intencional o deliberado que permitió seleccionar 53 historiales de pacientes con diagnóstico de certeza de embarazo molar. Los respectivos documentos rezaban en el departamento de Estadística del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

Para este estudio se utilizaron las siguientes variables:

- Lugar de residencia
- Edad gestacional
- Edad materna
- Síntomas más frecuentes
- Clasificación histopatológica de la mola
- Abortos previos y multiparidad
- Anticoncepción

Se emplearon métodos de nivel teórico y lógico-práctico durante la organización del proceso investigativo, la ejecución de las actividades previstas y la solución de problemas, que incidieron sobre la marcha de la investigación. Además, el método histórico-lógico en el análisis permitió un estudio de manera cronológica en el transcurso del periodo investigado, y el método inductivo-deductivo se utilizó en el estudio para determinar los elementos que intervinieron en el embarazo molar.

A través de la técnica de “revisión de documentos” se recogieron datos de interés con la ayuda de un formato prediseñado. Para la realización del proceso investigativo en el contexto de investigación, se solicitó la debida autorización al Dr. Telmo Sotomayor R. gerente del Hospital General Docente de la ciudad de Riobamba.

Los datos recolectados fueron organizados en una base de datos elaborada en el programa Microsoft Excel, el cual facilitó el procesamiento y la interpretación utilizando técnicas de estadística descriptiva. Los resultados se presentaron utilizando tablas estadísticas que permitieron la debida interpretación.

Las investigadoras tuvieron en cuenta los principios bioéticos establecidos por las convenciones internacionales: beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El análisis de las variables estudiadas respecto a la incidencia de embarazo molar permitió realizar la caracterización de esa entidad en el contexto de investigación.

Tabla 1. Lugar de residencia

Lugar de residencia	N° de historia clínica	
	No.	%
Alausí	3	5,66%
Cacha	1	1,89%
Cajabamba	1	1,89%
Calpi	1	1,89%
Cebadas	1	1,89%
Chambo	5	9,43%
Colta	2	3,77%
Guamote	7	13,21%
Guano	2	3,77%
Licto	1	1,89%
Pallatanga	5	9,43%
Palmira	1	1,89%
Píllaro	1	1,89%
Riobamba	20	37,74%
Tambo	1	1,89%
Yaruquíes	1	1,89%
TOTAL	53	100%

Autoras: Huilca T, Lara E.

Fuente: Historias clínicas del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

De las pacientes en estudio, 20 de aquellas proceden de la cabecera cantonal de la provincia, para un 38%. Es destacable que a pesar de ser Guamote un cantón pequeño en comparación con los diferentes lugares de procedencia de las pacientes en estudio, representó el 13.21% correspondiente a 7 pacientes (tabla 1).

Tabla 2. Edad gestacional

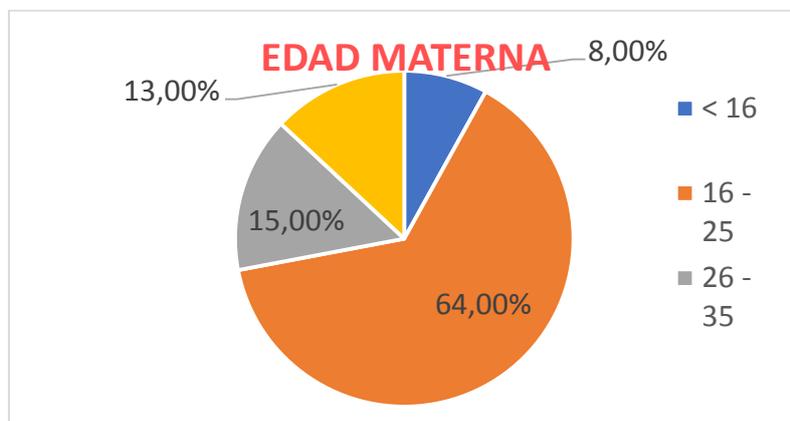
Edad gestacional (semanas)	Historia clínica	
	No.	%
1 - 9,6	13	24
10 - 19,6	35	66
20 - 29,6	3	6
> 30	2	4
TOTAL	53	100

Autoras: Huilca T, Lara E.

Fuente: Historias clínicas del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

El 66% de las pacientes en estudio se encontraron entre el rango de 10 a 19.6 semanas al momento de ser diagnosticadas con mola hidatiforme, mientras que las pacientes con 30 semanas fueron las menos representadas, con un 4 % (tabla 2).

Gráfico 4. Edad materna



Autoras: Huilca T, Lara E.

Fuente: Historias clínicas del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

En lo referente a la edad materna se puede identificar que 34 pacientes representadas en un 64% están comprendidas entre las edades de 16 a 25 años, lo que refleja una alta incidencia en este rango (gráfico 4).

SÍNTOMAS FRECUENTES

Dentro de la población en estudio, la sintomatología más frecuente que se observó fue el sangrado vaginal y el dolor abdominal (92,45 %).

Tabla 3. Características histopatológicas

HISTOPATOLÓGICO					
AÑO	BENIGNO	MALIGNO	SIN REPORTE	OTROS	TOTAL
2013	5	-	3	1	9
2014	13	-	2	-	15
2015	8	1	-	-	9
2016	10	1	1	-	12
2017	7	-	-	-	7
2018	-	-	1	-	1
TOTAL	43	2	7	1	53

Autoras: Huilca T, Lara E.

Fuente: Historias clínicas del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

En relación con los resultados histopatológicos, predominaron las entidades benignas para un 81,13%, mientras que el tipo maligno solamente se evidenció en dos casos. La mayor incidencia se reportó en el año 2014; sin embargo, en este no se diagnosticó ninguna de las entidades malignas (tabla 3).

Tabla 4. Abortos previos y multiparidad.

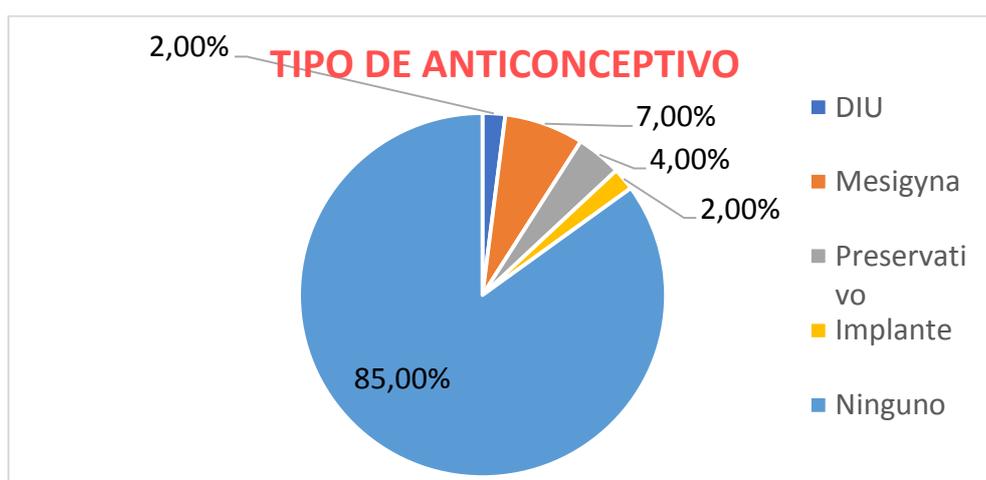
CARACTERÍSTICAS GINECO OBSTÉTRICAS (N=53)	Nº	%
ABORTOS	11	20,75
GESTAS	28	52,83
NINGUNA	25	47,17
PRIMIGESTA	10	18,88
BIGESTA	8	15,09
TRIGESTA	2	3,77
MULTIGESTA	8	15,09

Autoras: Huilca T, Lara E.

Fuente: Historias clínicas del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

Únicamente 11 pacientes (20,75%) de la población en estudio presentaron antecedentes de abortos previos y, además, se señala que las primigestas mostraron un rango elevado de 10 pacientes (18,88%), lo que nos permite deducir que no influye directamente en la predisposición de esta patología (tabla 4).

Gráfico 5. Anticonceptivos



Autoras: Huilca T, Lara E.

Fuente: Historias clínicas del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

Dentro de la investigación se demostró que 45 pacientes representadas en el 85% de la población en estudio, no utilizaron ningún método anticonceptivo que haya favorecido la aparición de esta entidad patológica (gráfico 5).

4.1 DISCUSIÓN

El predominio de pacientes que presentan esta entidad procede del cantón Riobamba (cabecera provincial). Al respecto, autores como el Dr. Colon et al. ⁽⁴⁾ destacan la importancia de la ubicación geográfica en relación con la atención de salud, al considerar determinados parámetros que pueden contribuir con la etiología de las diferentes enfermedades. Mientras que desde otro punto de vista la Dra. Calles ⁽¹⁵⁾ habla sobre el predominio en la zona urbana difiriendo con nuestro estudio.

La edad materna representa un factor de riesgo de relevancia en relación con la mola hidatidiforme. En el estudio que se presenta, el 64% de las pacientes ingresadas con ese diagnóstico de embarazo tenían edades de 16 a 25 años; lo que se corresponde con los resultados observados en el estudio titulado “Incidental Finding of Persistent Hydatidiform Mole in an Adolescent on Depo-Provera”. ⁽¹⁶⁾ En esa investigación, la mayoría de embarazos molares acontecieron en edades reproductivas de 19 a 34 años. Además, refiere que, en adolescentes (<20 años), la probabilidad es siete veces mayor, siendo el doble para las mayores que 40 años. ⁽¹⁶⁾

La sintomatología más frecuente fue sangrado vaginal y dolor abdominal representando el 92,45%, en relación a 4 mujeres con esta patología que acudieron con clínica diferente. Estos datos guardan relación con el artículo “Clinico-epidemiological profile of molar pregnancies in a tertiary care centre of Eastern Nepal: a retrospective review of medical records” ⁽¹⁷⁾ donde sobresalió la presencia de anormal sangrado uterino como el síntoma más usual (86.3%), coincidiendo de igual manera con el Dr. Yovany Enrique et al. quien obtuvo el 97% de pacientes que ingresaban con este síndrome. ⁽¹⁷⁾

En el reporte histopatológico se indica que las entidades benignas se presentaron en el 81.13% de pacientes, lo cual guarda relación con el artículo “Caracterización de la enfermedad trofoblástica gestacional en Camagüey” ⁽⁵⁾ refiriendo que la frecuencia de las formas benignas es alta y por su parte, las formas malignas ocurren con una frecuencia de 1 en 20 000 a 1 en 40000 embarazos en Estados Unidos y Europa, la misma que se asemeja a valores encontrados en el estudios de Coriocarcinoma postgestacional, el cual indica que en Europa y Norteamérica se estima 3/100.000 mientras que en Asia las

estadísticas se elevan de 5-200/ 100.000. Asimismo, como hallazgo de nuestro estudio se pudo observar que existió un predominio de la mola hidatiforme completa y una ausencia de la parcial, la cual no concuerda con la Dra. Elisa Calles que reporta en su estudio el 9% de casos.^(15, 18)

Solamente 11 pacientes (20,75%) presentaron antecedentes de abortos previos, lo que reveló que no influye directamente con la aparición de dicha patología. Esto concuerda con la Dra. Elisa Calles y su estudio en el Salvador que revela un bajo porcentaje de pacientes con este antecedente. Además, la paridad no es un factor de riesgo para presentar esta patología ya que en el estudio se pudo apreciar el 18,88% en las primigestas y en menor porcentaje las multigestas.⁽¹⁵⁾

El 66% de las pacientes en estudio se encuentran entre el rango de 10 a 19.6 semanas de gestación, cuando han sido diagnosticadas de la patología, mientras que solo el 4% llega a sobrepasar las 30 semanas de embarazo. Esto lo fundamenta SEOM clinical guidelines in gestational trophoblastic disease (2017) y ocurre debido a que la ecografía de rutina al inicio del embarazo es un parámetro de suma importancia en el control del mismo, por lo tanto, constituye la razón por la cual se identifica y diagnostica esta entidad a tiempo para la posterior toma de acciones. Concuerda con el artículo titulado Caracterización de la enfermedad trofoblástica gestacional en Camagüey⁽¹²⁾ el cual reporta el 65,4% de pacientes diagnosticadas antes de las 12 semanas.^(1, 5)

CAPITULO V

5.1 CONCLUSIONES

- La ETG en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba durante el periodo de enero 2013 a marzo de 2018 predominó en pacientes con edades comprendidas entre 16 y 25 años. Los síntomas más comunes fueron el sangrado vaginal y el dolor abdominal.
- El principal factor de riesgo de padecer esta patología resultó el antecedente de abortos previos.
- Con respecto a las complicaciones de las pacientes, se evidenció insuficientes controles y seguimientos.
- No existe una adecuada concientización de las pacientes sobre las secuelas a las que pueden estar propensas después de presentar esta patología.

5.2 RECOMENDACIONES

- Visto el peligro que representa para las pacientes el diagnóstico de embarazo molar, recomendamos a las futuras generaciones realizar una investigación de campo para indagar sobre las variaciones para esta predisposición en nuestra población, y así reducir el índice de riesgo en las mujeres en edad fértil.
- Implementar más fuentes de control en las instituciones de salud sobre los abortos clandestinos ya que estos pueden llevar a la muerte a muchas mujeres de nuestra población.
- Concienciar a la población sobre esta entidad patológica y el riesgo al que están expuestas las mujeres, para de esta forma incentivar a que las mismas no descuiden su salud y acudan responsablemente al control.
- Advertir a las autoridades de salud que estos tipos de embarazos deben ser tomados con más interés, ya que presentan una entidad que se puede convertir en maligna. Además, varios estudios recomiendan tomar en cuenta el control posterior postmolar, a pesar de que se produzca un parto normal. En el futuro la evidencia recomienda el estudio histopatológico de la placenta de los embarazos posteriores.

CAPITULO VI

6.1 BIBLIOGRAFÍA

1. Santaballa A, García Y, Fuentes J, Herrero A, Laínez N, De Juan A, et al. SEOM clinical guidelines in gestational trophoblastic disease. *Clinical and Translational Oncology* [Internet]. 2017 [citado: 2018 Mayo 02]; 20(1): 38-46. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5785593/>
2. Cabero Roura L, Saldivar Rodriguez D. *Operatoria Obstétrica. Una visión actual* [Internet]. Primera ed. México: Médica Panamericana; 2009 [citado: 2018 Mayo 03]. Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=n7qU5f6W9qIC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>.
3. Durón González R, Bolaños Morera P. Enfermedad trofoblástica gestacional. *Medicina Legal de Costa Rica* [Internet]. 2018 [citado: 2018 Mayo 05]; 35(1): 30-43. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152018000100030&lng=en&tlng=pt

4. Stevens FT, Katzorke N, Tempfer C, Kreimer U, Bizjak GI, Fleisch MC & Fehm TN. Gestational Trophoblastic Disorders: An Update in 2015. *Geburtshilfe Und Frauenheilkunde* [Internet]. 2015; [citado: 2018 Mayo 07]; 75(10): 1043–50. Disponible en: doi:<http://doi.org/10.1055/s-0035-1558054>
5. Cabrera Figueredo I, Valdivieso Y, Fonseca D, Amador de Varona D, Rodriguez D. Caracterización de la enfermedad trofoblástica gestacional en Camagüey. (16 de Abril)[Internet]. 2014; [citado: 2018 Mayo 09]; 54(257): 25-35 Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/51
6. Espinoza Cárdenas D, Beltrán Vidal L, Pozo Ocampo D. Caso Clínico: Mola Hidatiforme Parcial. Resolución Obstétrica. *Revista Médica HJCA* [Internet]. 2017; [citado 2018 Mayo 12]; 9(3): 291-295. Disponible en: doi:<http://dx.doi.org/10.14410/2017.9.3.cc.47>
7. Fagnoni Bollo JC. Diagnóstico y tratamiento: Enfermedad trofoblástica gestacional. *Arch GyO* [Internet]. 2015; [citado: 2018 Mayo 16]; 53(3): 36-50. Disponible en: https://www.sguruaguay.org/img/noticias/AGO%2053_3%20web.pdf
8. Hernández-Flores SE, Vega-Memije ME, Niebla-Cárdenas D, Audifred Salomón JR, Hal Ramírez WB. Incidencia de enfermedad trofoblástica gestacional. *Ginec Obst Mex* [Internet]. 2016; [citado 2018 Mayo 20]; 84(6): 377-382. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2016/gom166g.pdf>
9. Arriagada DR, Novoa RR. Mola hidatidiforme completa con preeclampsia e hipertiroidismo: presentación clásica. *Rev Chil OyG* [Internet]. 2017; [citado 2018 Mayo 25]; 82(1): 77-79. Disponible en: doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262017000100011>
10. Bruce S, Sorosky J. Gestational Trophoblastic Disease. *StatPearls* [Internet]. 2017; [citado: 2018 Junio 02]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470267/>
11. Colón J, De Ponte A, Serrano R, Aponte A. Mola hidatiforme recurrente asociada a mutación del gen NLRP7: a propósito de un caso. *Rev OyG Ven* [Internet]. 2015 [citado: 2018 Junio 05]; 75(4): 280-283. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322015000400008&lng=es&tlng=es

12. Brown J, Naumann RW, Seckl MJ, Schink J. 15 years of progress in gestational trophoblastic disease: Scoring, standardization, and salvage. *Gynecologic Oncology*. [Internet]. 2016; [citado: 2018 Junio 08]; 141(1): 200-217. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2016.08.330>
13. Izildinha Maestá, Roni Nitecki, Neil S. Horowitz, Donald P. Goldstein, Marjory de Freitas Segalla Moreira, Kevin M. Elias, Ross S. Berkowitz. Effectiveness and toxicity of first-line methotrexate chemotherapy in low-risk postmolar gestational trophoblastic neoplasia: The New England Trophoblastic Disease Center experience. *Gynecologic Oncology*. [Internet]. 2018; [citado: 2018 Junio 10]; 148(1): 161-167. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2017.10.028>
14. Dantas P.R.S., Maesta I., Filho J.R., Junior J.A., Elias K.M., Howoritz N., Braga A., Berkowitz R.S. Does hormonal contraception during molar pregnancy follow-up influence the risk and clinical aggressiveness of gestational trophoblastic neoplasia after controlling for risk factors?. *Gynecologic Oncology*. [Internet]. 2017 [citado: 2018 Junio 12]; 147(2): 364-370. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2017.09.007>.
- 15 Calles-Ramírez E. Perfil epidemiológico, evolución clínica y complicaciones en pacientes con enfermedad gestacional del trofoblasto en el hospital nacional especializado de maternidad enero- diciembre 2013 [tesis de grado]. [San Salvador]: Universidad del Salvador; 2015: 21 p.
- 16 Akinlaja O, McKendrick R, Mashak Z, Nokkaew M. Incidental Finding of Persistent Hydatidiform Mole in an Adolescent on Depo-Provera, [Internet]. *Epub* 2016 Dic [citado 2018 Jun 05]; 2016. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/criog/2016/6075049/>.
<http://dx.doi.org/10.1155/2016/6075049>.
17. Vázquez Y, Brito A, Delgado L, Vázquez E Caracterización clínica de la enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital ginecobstétrico Ramón Gonzales Coro. *Rev Cubana Hig Epidemiol* [Internet]. 2014 [citado 2018 Abr 13]; 52(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032014000200004.

18 Agustín A, Savirón R, Lerma D, Herrero A, Campillos JM. Coriocarcinoma postgestacional. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2015 Ago [citado 2018 Jul 05]; 80(5): 405-411. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262015000500009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262015000500009>.

6.3 ANEXOS

GRÁFICO 1. Clasificación de la enfermedad trofoblástica gestacional.

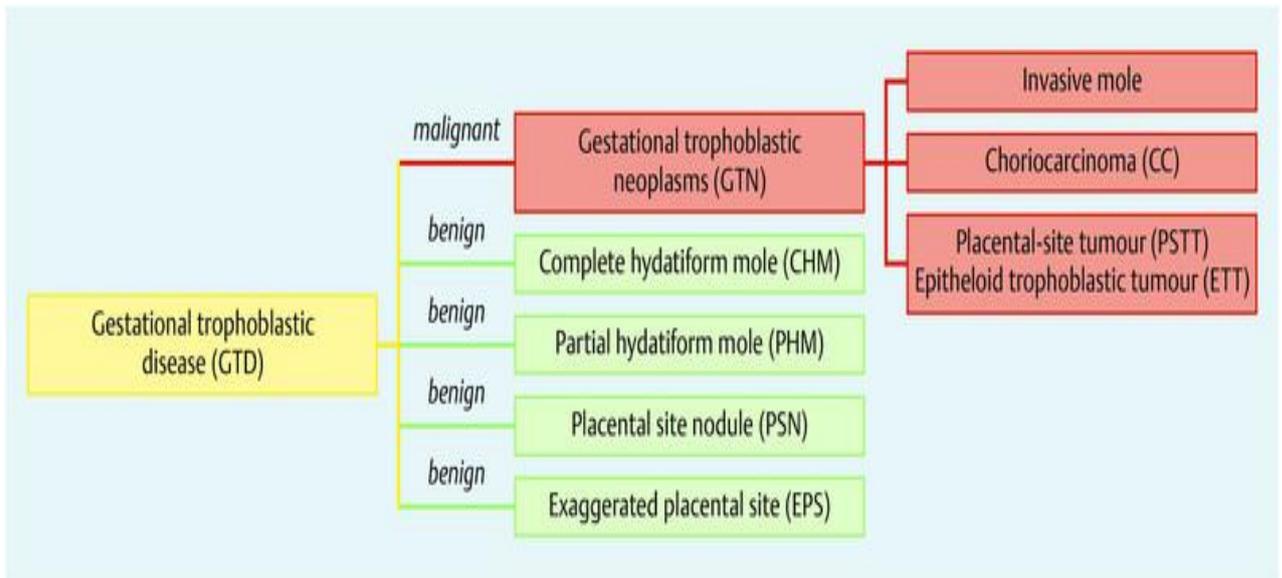


GRÁFICO 2. Seguimiento para la enfermedad trofoblástica gestacional.

Serum hCG	Hydatidiform moles	Gestational trophoblastic neoplasia	
During treatment	After primary surgical treatment: weekly serum hCG assays until 3 consecutive weekly assays are normal	Weekly serum hCG assays until 3 consecutive weekly assays are normal	
After treatment	Monthly serum hCG levels for 6 months	GTN low risk Monthly for 12 months. Every 6 months 1 year Annually until 5 years	GTN high risk Monthly for 18 months. Every 6 months 2 years. Annually until 5 years

GRÁFICO 3. Sistema de estadificación FIGO y OMS para enfermedad trofoblástica gestacional

FIGO staging system for gestational trophoblastic disease				
Stage I	Disease confined to the uterus			
Stage II	GTD extends outside of the uterus, but is limited to the genital structures			
Stage III	GTD extends to the lungs, with or without genital tract involvement			
Stage IV	All other metastatic sites			
Modified WHO prognostic scoring system as adapted by FIGO				
Risk factor	Score			
	0	1	2	4
Age (years)	< 40	≥ 40	–	–
Antecedent pregnancy	Mole	Abortion	Term	–
Interval (months)*	4	4–6	7–12	> 12
Pretreatment serum hCG (mIU/mL)	<10 ³	10 ³ –10 ⁴	10 ⁴ –10 ⁵	> 10 ⁵
Largest tumor (including uterus)	<3 cm	3–4 cm	≥ 5 cm	–
Site of metastases	Lung	Spleen, kidney	GI tract	Brain, liver
Number of metastases	–	1–4	5–8	> 8
Prior failed chemotherapy	–	–	Single drug	≥ 2 drug

The stage should be followed by the sum of the risk factors (e.g., III:5)

Formato de recolección de datos



PROYECTO DE INVESTIGACION

AÑO..... MES

NOMBRE..... CI.....

EDAD..... ESTADO CIVIL.....

RESIDENCIA..... ETNIA.....

EDAD GESTACIONAL.....

SINTOMAS.....

.....

HISTOPATOLOGICO.....

ANTICONCEPTIVOS.....

AGD: G..... P..... A..... C..... HV..... HM.....

CONTROLES..... ECOS..... APP.....

MENARQUIA..... PAP TEST.....

IVS..... PS.....

FUM..... PLANIFICACION.....

PROCEDIMIENTO.....

COMPLICACIONES.....

REPORTE HISTOPATOLOGICO.....

.....

.....

DIAGNOSTICO.....

CONTROL POST QUIRURGICO.....

NOTAS:

.....

.....

.....

.....

BHCG	