



Incidencia de enfermedad trofoblástica gestacional en un hospital general

Hernández-Flores SE,¹ Vega-Memije ME,² Niebla-Cárdenas D,³ Audifred-Salomón JR,⁴ Hal-Ramírez WB⁵

Resumen

OBJETIVO: reportar la incidencia de la enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital General Dr. Manuel Gea González y describir las características clínicas, la relación de los datos reportados por ultrasonido con los hallazgos histopatológicos, la asociación con el grupo sanguíneo de las pacientes, las comorbilidades y el lugar de procedencia.

MATERIAL Y MÉTODO: estudio retrospectivo y descriptivo efectuado en el Hospital General Dr. Manuel Gea González. Análisis de los expedientes clínicos en el periodo de enero de 2012 a marzo de 2015. Criterios de inclusión: pacientes en edad reproductiva, con ultrasonido, cuantificación de concentraciones de HGC, grupo sanguíneo y reporte histopatológico de confirmación de enfermedad trofoblástica gestacional. Criterios de eliminación: pacientes con otros diagnósticos histopatológicos.

RESULTADOS: se analizaron los expedientes de 57 pacientes con diagnóstico confirmado de enfermedad trofoblástica gestacional mediante estudio histopatológico. Se encontró una incidencia de 7.7 molas por cada 1000 nacimientos, con predominio en el grupo de primigestas de 13 a 20 años. El promedio de edad de las pacientes fue de 23 años. La mola completa fue la más frecuente en 56%; los hallazgos ultrasonográficos coincidieron en 73% con el reporte histopatológico.

CONCLUSIONES: la incidencia de enfermedad trofoblástica gestacional fue mayor en nuestro estudio comparada con los datos encontrados en la bibliografía. El sangrado transvaginal fue la principal manifestación clínica que llevó a las pacientes a la consulta en Urgencias. La preeclampsia concomitante en nuestro grupo fue inferior a la reportada en la bibliografía. No se comprobó la relación entre el grupo sanguíneo y la mola hidatiforme.

PALABRAS CLAVE: mola hidatídica, neoplasia trofoblástica gestacional.

¹ Adscrita al servicio de Ginecología y Obstetricia.

² Subdirectora de Investigación Biomédica.

³ Jefa de Urgencias del servicio de Ginecología y Obstetricia.

⁴ Jefe del servicio de Ginecología y Obstetricia.

⁵ Médico interno de pregrado.

Hospital General Dr. Manuel Gea González, SSA, Ciudad de México.

Recibido: diciembre 2015

Aceptado: abril 2016

Correspondencia

Dra. Sara Elia Hernández Flores

Violeta 21

16070 Ciudad de México

saelyh@yahoo.com

Este artículo debe citarse como

Hernández-Flores SE, Vega-Memije ME, Niebla-Cárdenas D, Audifred-Salomón JR, Hal-Ramírez WB. Incidencia de enfermedad trofoblástica gestacional en un hospital general. Ginecol Obstet Mex. 2016 jun;84(6):377-382.

Ginecol Obstet Mex. 2016 Jun;84(6):377-382.

Gestational trophoblastic disease incidence in general hospital

Hernández-Flores SE,¹ Vega-Memije ME,² Niebla-Cárdenas D,³ Audifred-Salomón JR,⁴ Hal-Ramírez WB⁵

Abstract

OBJECTIVE: It was to report the incidence of gestational trophoblastic disease (ETG) at the General Hospital Dr. Manuel Gea González for a period of three years and secondarily describe clinical characteristics, the ratio of the data reported by ultrasound with histopathological findings, association with the blood group of patients, comorbidities presented and geographical origin.

MATERIAL AND METHODS: This study was retrospective and performed at the General Hospital Dr. Manuel Gea González, clinical records were analyzed in the period January 2012 to March 2015. Inclusion criteria were patients of reproductive age, ultrasound, quantitative, blood group and histopathology report confirming the ETG, patients with other histopathological diagnoses.

RESULTS: 57 patients were analyzed the age of the patients was 23 years on average, being an incidence of 7.7 moles per 1000 births, predominating in the group of 13 to 20 years primigravid, complete mole was the most frequent in 56%; 73% agreed ultrasonographic findings with histopathological report.

CONCLUSIONS: The incidence of ETG was higher in our study compared to the data found in the literature. The TVB was the main clinical manifestation that led patients to consultation in the emergency department. The presentation of concomitant preeclampsia in our group of patients was lower compared to what is stated in the literature. No check relationship between blood group of patients and the presentation of hydatidiform mole.

KEY WORDS: Hydatidiform mole; gestational trophoblastic; neoplasia

¹ Adscrita al servicio de Ginecología y Obstetricia.

² Subdirectora de Investigación Biomédica.

³ Jefa de Urgencias del servicio de Ginecología y Obstetricia.

⁴ Jefe del servicio de Ginecología y Obstetricia.

⁵ Médico interno de pregrado.
Hospital General Dr. Manuel Gea González, SSA, Ciudad de México.

Correspondence

Dra. Sara Elia Hernández Flores
Violeta 21
16070 Ciudad de México
saelyh@yahoo.com

ANTECEDENTES

La enfermedad trofoblástica gestacional comprende un grupo de neoplasias que derivan de la proliferación anormal del tejido trofoblástico placentario e incluye a la mola hidatídica, que se considera benigna, la neoplasia trofoblástica

gestacional, que incluye a la mola invasiva, coriocarcinoma y el tumor del sitio placentario, que son enfermedades malignas.^{1,2} El 80% de los casos de enfermedad trofoblástica gestacional son benignos e involucionan espontáneamente; de 15 a 20% son persistentes y de 2 a 3% se transforman en coriocarcinoma. La incidencia



varía según la zona geográfica; el reporte mundial es de 1 caso por cada 2000 embarazos y en México lo reportado es 2.4 casos por cada 1000 embarazos.³⁻⁵

Los antecedentes obstétricos de nuevos casos con enfermedad trofoblástica gestacional son: mola hidatídica en 50%, aborto en 25%, embarazo ectópico en 5% y embarazo previo de término en 20%. La mola hidatídica aumenta en los extremos de la vida, con antecedente de abortos espontáneos. En razas distintas a la blanca el riesgo es de 1.8 a 2.1 veces mayor que en las demás.⁶ En cuanto al grupo sanguíneo, se ha comunicado una asociación con el sistema ABO solo para coriocarcinoma, pero no para la mola hidatídica. El grupo A es más frecuente y el grupo O es extremadamente raro.⁷ La mola hidatídica se divide en parcial y completa, según sus características macroscópicas, hallazgos histopatológicos y cariotipo, ambas son enfermedades benignas.⁸

El objetivo de este estudio es: reportar la incidencia de enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital General Dr. Manuel Gea González en un lapso de tres años; además, describir las características clínicas, la relación de los datos reportados por ultrasonido con los hallazgos histopatológicos, la asociación con el grupo sanguíneo de las pacientes, las comorbilidades y el lugar de nacimiento.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo y descriptivo efectuado en el Hospital General Dr. Manuel Gea González entre enero de 2012 y marzo de 2015. Se analizaron los expedientes clínicos con diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional. Criterios de inclusión: pacientes en edad reproductiva con diagnóstico de enfermedad trofoblástica, ultrasonido, cuantificación de las concentraciones de gonadotrofina

coriónica humana (GCH), fracción beta sérica, grupo sanguíneo y reporte de estudio histopatológico que confirmó la enfermedad trofoblástica. Se obtuvo el número de nacimientos y abortos atendidos en la unidad tocoquirúrgica durante el mismo lapso. Se utilizó estadística descriptiva.

RESULTADOS

Se registraron 57 casos de enfermedad trofoblástica gestacional confirmados por estudio histopatológico. La incidencia fue de 7.7 molas por cada 1000 nacimientos, con predominio en el grupo de primigestas de 13 a 20 años, con mediana de edad de 23 años (13-41 años) (Figura 1). De acuerdo con la clasificación histológica 25 casos (43%) correspondieron a mola parcial y 32 (57%) a mola completa (Figura 2). El 87.7% de las pacientes tuvo grupo sanguíneo O positivo y 6.1% A positivo (Cuadro 1). El resultado del ultrasonido y el del estudio histopatológico concordó en 78% de los casos (Cuadro 2). De las comorbilidades registradas, 6.1% de los casos cursó con hipertiroidismo mientras que hubo complicaciones en 5.1% de las pacientes (hemorragia obstétrica) y 1.7% cursó con preeclampsia vinculada con el parto.

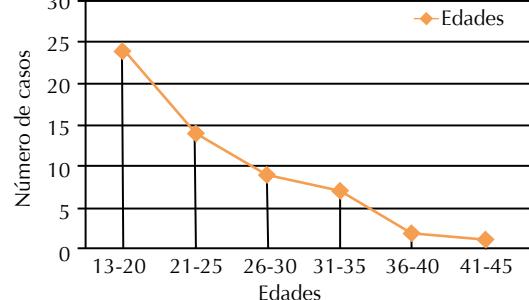


Figura 1. Número de casos de mola hidatídica por grupo de edad.

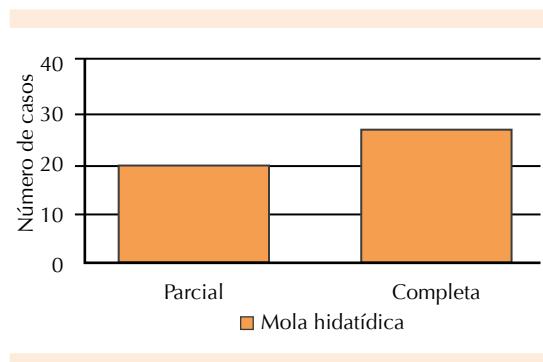


Figura 2. Número de casos de mola hidatídica por la clasificación histopatológica de parcial o completa.

Cuadro 1. Grupo sanguíneo de las pacientes

A+	3	6.1%
O+	51	87.7%
B+	2	4%
AB+	1	2%

Cuadro 2. Reporte de ultrasonido compatible con enfermedad trofoblástica gestacional

SI	45	78%
NO	12	21%

DISCUSIÓN

La enfermedad trofoblástica gestacional se caracteriza por hiperplasia trofoblástica y tumefacción edematosas de las vellosidades coriónicas que adquiere la morfología de bandas y acumulaciones de vesículas que confieren el típico aspecto de "racimos de uvas".¹

La frecuencia de enfermedad trofoblástica gestacional registrada en México es de 2.4 casos en 1,000 embarazos, aunque hay revisiones que reportan 5 casos por cada 1000 embarazos.³

En nuestro estudio se encontró un caso en 130 embarazos. De acuerdo con estudios previos mexicanos se reportan: 1 caso en 243 embarazos

en Jalisco,⁹ en Puebla 1 en 144,¹⁰ en Coahuila 1 en 605¹¹ y 1 en 405 gestaciones en la Ciudad de México.⁸ En el estudio aquí reportado hubo predominio de casos de pacientes entre 13 y 20 años de edad, dato que no concuerda con los de la bibliografía en donde los límites de 36 a 45 años son los de mayor prevalencia; en nuestro estudio solo hubo 3 pacientes en estos límites de edad. La paciente más joven tenía 13 años y la de mayor edad 41 años. Quizá el incremento en el grupo de 13 a 20 años se deba a la gran cantidad de embarazos en mujeres jóvenes.

La mola hidatiforme se divide en parcial y completa según su cariotipo e histopatología. En la mola completa no se observan: desarrollo fetal, vasos sanguíneos o células rojas porque el feto se reabsorbe antes de la formación del sistema circulatorio. La mola parcial tiene en su histología evidente desarrollo fetal con: amnios, vasos sanguíneos o células rojas, que son la característica histopatológica más importante.⁶ Como hallazgo en nuestro estudio se observó el predominio de la mola completa, con confirmación por estudio histopatológico en 32 casos, lo que concuerda con el estudio de Suárez-Rincón en Jalisco.¹² En tanto que la mola parcial solo se encontró en 25 casos (44%).

En la bibliografía se señala que el porcentaje de presentación de la mola parcial va de 25 a 74%, nuestros hallazgos estuvieron dentro de estos límites.^{1,12}

Las manifestaciones clínicas más frecuentes son: sangrado transvaginal (89%) y síntomas generales inespecíficos (astenia, adinamia, pérdida de peso, mal estado general).⁵ Conforme a los sitios de metástasis le acompañan síntomas respiratorios (disnea, tos, hemoptisis) y síntomas gastrointestinales (distensión abdominal, náuseas, vómitos gástricos).⁷ Otras manifestaciones son: crecimiento uterino mayor al correspondiente para la edad gestacional



(38-51%) debido a la elevación importante de hormona gonadotrofina coriónica humana y quistes tecaluteínicos que se encuentran en 20 a 46% de las pacientes, consecuencia de la hiperestimulación favorecida por los valores elevados de GCH.¹³ Las pacientes de nuestro estudio manifestaron como primer síntoma sangrado transvaginal, característica que coincide con lo señalado en la bibliografía, y se tiene un estimado por ultrasonido pélvico que solo 5% tenía quistes tecaluteínicos.¹⁴

La preeclampsia aparece en 12 a 27% de los casos y la hiperémesis en 20 a 26%. Es más raro encontrar hipertiroidismo y síndrome de insuficiencia respiratoria (7 y 2%).^{6,13} En ocasiones puede haber una tormenta tiroidea por hipertiroidismo no tratado al momento de la evacuación uterina. Nuestro estudio reportó 6.1% de casos con datos de hipertiroidismo, dato que concuerda con lo descrito y 1.7% tuvo preeclampsia, que fue menor a la esperada.^{9,15}

De los casos estudiados, el diagnóstico ultrasongráfico concordó con el reporte histopatológico de mola hidatiforme en solo 78% de los casos, en el resto se reportaron como diagnósticos presuntivos distintos: embarazo anembriónico y restos ovulares. El promedio del tamaño uterino fue de 12 cm, el mayor de 22 cm y el menor de 8 cm, mismos que coincidieron en las histerometrías iniciales.

Se encontró que 58% de nuestras pacientes eran primigestas. El diagnóstico de certeza para mola hidatiforme requiere el estudio histopatológico, que se realiza a partir del material obtenido por legrado llevado a cabo en un aborto incompleto o por la sospecha clínica de mola hidatiforme mediante la exploración física, concentraciones de GCH y hallazgos ecográficos.^{1,12}

En nuestro hospital, por norma, todas las muestras se envían a estudio histopatológico, por lo

que se estima un diagnóstico certero con este estudio, que arrojó una incidencia de 7.7 molas por cada 1000 nacidos vivos y 1 en cada 130 nacimientos. Por año encontramos 16, 23 y 18 molas del año 2012 a 2015, respectivamente, con incremento significativo en 2013.

CONCLUSIONES

La incidencia de mola hidatídica reportada supera a la comunicada para México de 5 en 1000 nacimientos.³ La mayoría de las pacientes eran muy jóvenes (13 a 20 años), característica relevante para insistir en la prevención y seguimiento estricto y adecuado. Se trata de un problema de salud pública por lo temprano del embarazo y la posibilidad de enfermedad trofoblástica gestacional. El sangrado transvaginal fue la manifestación clínica principal que llevó a las pacientes a la consulta en Urgencias.

Es conveniente hacer un estudio prospectivo donde se pueda valorar la incidencia real de esta patología y tratar de describir los factores de riesgo que la propician para poder dilucidar si realmente es un problema de salud.

REFERENCIAS

1. Ezpeleta, J. López, C. Enfermedad trofoblástica gestacional, Aspectos clínicos y morfológicos. Rev. Esp. Patol 2002;35(2):187-200.
2. Guía de práctica clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional, México; Secretaría de Salud, 2009.
3. Lara F, Alvarado A, Candelaria M, Arce C. Enfermedad trofoblástica gestacional. Experiencia en el Instituto Nacional de Cancerología. Ginecol Obstet Mex 2005;73:308-14.
4. Márquez-Monter H, Alfaro de la Vega C, Robles M, Bolio-Cidro A. Epidemiology and pathology of Hydatidiform mole in General Hospital. México. Study 104 cases. Amer J Obstet Gynec. 1963; 85: 856-64
5. Lira PJ, Tenorio GF, Gomezpedroso RJ, Novoa VA, Aranda FC, Ibargüengoitia OF. Enfermedad trofoblástica gestacional. Experiencia de seis años en el Instituto Nacional de Perinatología. Ginecol Obstet Mex 1995;63:478-82.

6. Lambraou N, Morse A, Wallach E. Johns Hopkins Ginecología y obstetricia. Madrid: Marban, 2001.
7. Soria D, Lazos M, Ventura V. Coriocarcionoma gestacional. Estudio clínico patológico de 22 casos registrados en el Hospital General de México. Rev Med Hosp Gen Mex 2006;69 (3):138-143.
8. Ojendiz N, Niebla C, Hernández F. Coriocarcinoma metastásico asociado a síndrome de Wunderlich. Ginecol Obstet Mex 2015;83:189-194.
9. Suárez R, Santana T. Incidencia de enfermedad trofoblástica gestacional detectada por el estudio histopatológico rutinario de los especímenes obtenidos de abortos. Ginecol Obstet Mex 2008;76(2):81-87.
10. Zarain GAJ, Gamboa I, González E, Ayala, AR. Frecuencia y control terapéuticos de la enfermedad trofoblástica gestacional. Ginecol Obstet Mex 1986;54:8-11.
11. Walss RJ, Delgado RA, Rivera MJ. Enfermedad trofoblástica gestacional. Prevalencia y características epidemiológicas en el Centro Médico IMSS, Torreón, Ginecol Obstet Mex 1991;59:134-7.
12. Suárez RAE, Santana TRM, Pantoja TCO, Pérez ACE, Vázquez MH. Incidencia de enfermedad trofoblástica gestacional detectada por el estudio histopatológico rutinario de los especímenes obtenidos de abortos. Ginecol Obstet Mex 2008;76(2):81-87.
13. Velázquez M. D. P. 1996. Enfermedad trofoblástica gestacional prevalencia y un perfil epidemiológico en el Hospital de Río Blanco. Tesis de posgrado. División de Estudios de Postgrado.
14. Tovar-Rodríguez JM, Medel-Lagunes IC, Acosta-Altamirano G, Vargas-Hernández VM. Enfermedad trofoblástica gestacional complicada con enfermedad hipertensiva. Ginecol Obstet Mex 2013;81:578-586.
15. Prada C, Cordero C. Mola hidatiforme. Acta medica Cost 1965;8(2):143-152.

AVISO PARA LOS AUTORES

Ginecología y Obstetricia de México tiene una nueva plataforma de gestión para envío de artículos. En: www.revisionporpares.com podrá inscribirse en nuestra base de datos administrada por el sistema *Open Journal Systems* (OJS) que ofrece las siguientes ventajas para los autores:

- Subir sus artículos directamente al sistema.
- Conocer, en cualquier momento, el estado de los artículos enviados, es decir, si ya fueron asignados a un revisor, aceptados con o sin cambios, o rechazados.
- Participar en el proceso editorial corrigiendo y modificando sus artículos hasta su aceptación final.