

Hospital Materno de Guanabacoa

## **COMPORTAMIENTO DE LA NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL DURANTE 10 AÑOS**

*Dr. Rodolfo Valentín Martínez Camilo<sup>1</sup> y Dra. Vivian Álvarez Ponce<sup>1</sup>*

**RESUMEN:** Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo en el hospital materno de Guanabacoa durante el período 1990-2000 con el objetivo de conocer el comportamiento de la neoplasia trofoblástica gestacional durante ese tiempo. La muestra estuvo constituida por 29 pacientes a las que se les realizó una historia clínica de donde se obtuvieron los datos para el estudio. La edad que más predominó fue de 21-25 años con un 51,7 %, la nuliparidad ocupó el mayor número de casos con 51,7 % así como la edad gestacional donde más se presentó la enfermedad fue entre 9-12 semanas para un 48,2 %. La mola hidatiforme fue el resultado histológico más frecuente con 89,6 %. Se concluyó que en los casos de amenorrea y sangramiento genital se debe realizar ultrasonido para hacer diagnóstico temprano de la enfermedad y poder evacuar la mola sólo con aspiración y curetaje, que fue el tipo de tratamiento que se usó.

**DeCS: MOLA HIDATIFORME; MOLA HIDATIFORME INVASIVA; CORIOCARCINOMA; NEOPLASMAS UTERINOS; LEGRADO POR ASPIRACIÓN/ métodos; ULTRASONOGRAFÍA.**

La neoplasia trofoblástica gestacional (NTG), aparece durante el desarrollo del trofoblasto y tiene como entidades principales: la mola hidatiforme, la mola invasiva y el coriocarcinoma. Su importancia está determinada no solamente porque cierto porcentaje de ellas conducen a la muerte, sino porque esa muerte se produce en una edad en que la mujer es el centro fundamental del núcleo familiar, hay entonces además de la afectación individual, una razón social a considerar en este grupo de

enfermedades.<sup>1</sup> La NTG ha sido reconocida como una forma de gestación anormal desde épocas tan remotas como el 1600 ANE.<sup>2</sup> La mola hidatiforme (MH) que está comprendida dentro de la NTG es un huevo abortivo en que el epitelio trifoblástico se ha hecho parásito del organismo materno y adquiere propiedades proliferativas y neoplásicas,<sup>3,4</sup> es potencialmente pre-maligna y el coriocarcinoma altamente agresivo. La mayoría de las MH completas tienen cromosomas diploides de origen paterno

---

<sup>1</sup> Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Asistente.

mientras que las parciales tienen cromosomas triploides y contienen un juego haploide materno y dos paternos.<sup>5</sup> La primera identificación de MH fue hecha en Countess Henneberg en 1276 por *Christered Hohnad Half Elizabeth*.<sup>6</sup>

Los progresos en el estudio de la NTG han sido muy importantes en ciertos aspectos como la relación con el diagnóstico y tratamiento, sin embargo los conocimientos sobre su génesis se mantienen en el terreno de las presunciones, aunque en los estudios epidemiológicos se ofrece cierta orientación hacia los factores de riesgo.

Por todo lo anterior fue que surgió la motivación para observar el comportamiento de la NTG en la maternidad de Guanabacoa.

## **Métodos**

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo en el hospital materno de Guanabacoa en el período 1990-2000.

La muestra estuvo constituida por 29 pacientes que fueron atendidas en el servicio de Ginecología con el diagnóstico de neoplasia trofoblástica gestacional.

El dato primario fue extraído de la historia clínica confeccionada al paciente.

Los datos obtenidos se procesaron en una micro-computadora IBM y se utilizó el cálculo porcentual.

## **Resultados**

La tabla 1 muestra que el grupo de pacientes comprendidas entre 21 y 25 años, fue el más numeroso con 15 pacientes para un 51,7 %.

**TABLA 1. Distribución de la muestra según la edad**

Edad	No.	%
14-20	5	17,2
21-25	15	51,7
26-30	5	17,2
31-35	4	13,7
+35	-	-
Total	29	100

La tabla 2 representa como la nuliparidad pudiera estar asociada a la enfermedad, con 15 pacientes, para un 51,7 %.

**TABLA 2. Distribución de la muestra por el número de partos**

Partos	No.	%
0	15	51,7
1	8	27,5
2	6	20,6
3	-	-
+3	-	-
Total	29	100

En la Tabla 3 se aprecia como la edad gestacional que más predominó fue entre 9 y 12 semanas de gestación con 14 pacientes, lo que representó el 48,2 % y un grupo importante de casos con gestación entre 17 y 20 semanas, con 8 pacientes, para un 27,5 %.

**TABLA 3. Distribución de la muestra por la edad gestacional**

Edad gestacional	No.	%
4-8	-	-
9-12	14	48,2
13-16	7	24,1
17-20	8	27,5
Total	29	100

TABLA 4. Distribución de la muestra según síntomas y signos presentados

Síntomas	No.	%	Signos	No.	%
Sangramiento genital	29	100	Expulsión de vesículas	13	44,8
Vómitos	14	48,2	Útero grande	23	79,3
Dolor bajo vientre	8	27,5	Quiste en ovario	2	8

La tabla 4 demuestra que los síntomas que más aparecieron fue el sangramiento genital en 29 pacientes y el vómito con 14, lo que representó el 100 y 48,2 % respectivamente, además se puede ver que los signos encontrados fueron el crecimiento uterino y la expulsión de vesículas con 79,3 y 44,8 %, respectivamente.

En la tabla 5 se puede apreciar que el mayor porcentaje en los resultados histológicos lo ocupó la MH con 26 casos para un 89,6 % y 3 casos presentaron mola invasiva con un 10,3 % y ningún caso coriocarcinoma.

TABLA 5. Distribución de la muestra de acuerdo a los resultados histológicos

Resultados histológicos	No.	%
Mola hidatiforme	26	89,6
Mola invasiva	3	10,3
Coriocarcinoma	-	-
Total	29	100

La tabla 6 orienta hacia el tratamiento que se siguió con la enfermedad, donde a todas las pacientes se le realizó aspiración y curetaje uterino, sólo 3 pacientes para un

TABLA 6. Distribución de la muestra según el tratamiento recibido

Tratamiento	No.	%
Aspiración	29	100
Curetaje	29	100
Quimioterapia profiláctica	-	-
Quimioterapia curativa	3	10,3
Histerectomía	-	-

10,3 % necesitaron un segundo curetaje y quimioterapia curativa. Como se puede apreciar no se utilizó quimioterapia profiláctica y no hubo histerectomía.

## Discusión

Edad de las gestantes:

Un hecho que ha sido comentado es que la NTG aparece con mayor frecuencia mientras más avanzada sea la edad de la paciente, sin embargo se encontró que el mayor porcentaje, 51,7 % correspondió a las pacientes entre 21-25 años, cifras estas parecidas a las de *Moreno*<sup>7</sup> que encontró que el mayor porcentaje estaba en mujeres con edad menor de 30 años.

Número de partos:

Se mantiene la discusión sobre si la multiparidad favorece o no la NTG, *Agüero*<sup>8</sup> observó que en un 26,9 % de NTG se presentaron en pacientes que se embarazaron por primera vez, estas cifras no coincidieron con los resultados de esta investigación donde se encontraron cifras superiores a la de otros autores.

Edad gestacional:

La amenorrea es un síntoma importante cuando en los primeros meses de la gestación se sospecha alguna alteración anormal del trofoblasto, es un hecho ya aceptado que la expulsión de la mola se realice generalmente como aborto.

Antes de la vigésima semana, la expulsión se puede retrasar por la gran cantidad de hormona gonadotropina corionica que introduce inercia uterina<sup>9</sup> o por la disminución de la prostaglandina,<sup>10</sup> pero en este estudio la edad gestacional en que se diagnosticó la NTG fue entre 9-12 semana de amenorrea, lo que representó el 48,2 %, cifras estas por debajo de la de otros autores, lo que puede estar beneficiado por la utilización del ultrasonido en el diagnóstico temprano de la enfermedad.

#### Síntomas y signos:

La clínica de la NTG es bastante conocida incluyendo amenorrea, vómitos, sangramiento genital, signo de más, anemia y signos de toxemia, entre otros.<sup>11</sup> Se puede apreciar como en este estudio el sangramiento genital ocupó el 100 % como primer síntoma y el signo de más con un 79,3 % como la alteración principal encontrada al tacto vaginal, estos resultados fueron similares a los encontrados por otros autores como *Bakri*.<sup>12</sup>

#### Resultados histológicos:

Los patólogos del hospital materno de Guanabacoa han seguido el criterio his-

tológico que se presenta en la tabla 5, donde se puede ver que el 89,6 % correspondió a la mola hidatiforme que ocupó el mayor número de casos, resultados similares fueron encontrados por *Briceño*.<sup>13,14</sup>

#### Tratamiento:

El vaciamiento de la mola va desde la aspiración con vacuam, curetaje, e histerectomía en bloque con vasos cerrados así como un segundo curetaje a los dos días y el uso de metotrexate profiláctico.<sup>15-17</sup> Los resultados de esta investigación coincidieron con otros autores<sup>18-20</sup> en que sólo se le realizó a todas las pacientes aspiración y curetaje y no se utilizó el metotrexate profiláctico ni el segundo curetaje ya que los mismos no están libres de complicaciones, sólo se realizó otro legrado cuando se trató de mola invasiva, donde si se empleó metotrexate curativo, como fue en las 3 pacientes de este estudio.

La discusión de los resultados permitió concluir que el ultrasonido en las pacientes con sangramientos genital y amenorrea diagnóstica NTG tempranamente, lo que hizo posible evacuar la mola con aspiración y curetaje sin necesidad de un segundo curetaje ni de metotrexate profiláctico, a no ser que se trate de una mola invasiva.

**SUMMARY:** A retrospective, longitudinal and descriptive study was performed in the maternity hospital of Guanabacoa municipality from 1990 to 2000 to find out the behavior of gestational trophoblastic neoplasia in this period. The sample was made up of 29 patients who had been seen in the above-mentioned hospital and adequate data for this study were taken from their medical histories. The prevailing age group among the patients was 21-25 years with 51,7%; nulliparity was present in the highest number of cases with 51,7% whereas the gestational age at which this disease mostly occurred was 9-12 weeks for 48,2%. The most frequent histological finding was hydatiform mole for 89,6%. It was concluded that ultrasound should be applied for cases of amenorrhea and genital bleeding so as to make an early diagnosis of the disease and remove the mole by vacuum curettage that was the type of treatment used.

Subject headings: HYDATIDIFORM MOLE; HYDATIDIFORM MOLE, INVASIVE; CHORIOCARCINOMA; UTERINE NEOPLASMS; VACUUM CURETTAGE/ methods; ULTRASONOGRAPHY.

## **Referencias bibliográficas**

1. Boney RC. Algunos aspectos de la enfermedad trofoblástica gestacional en Venezuela. *Rev Obst Ginecol Venezuela* 1994; 44(2):100-25.
2. Tham KF. Correct views on the management of trophoblastic. *Int J Ginecol Obst* 1995;4(1):577-89.
3. Botella J. Mola hidatiforme. En: tratado de Ginecología. Barcelona. Editorial Científico Médica; 1981:230.
4. Ramiro R. Enfermedad trofoblástica. *Rev Esp Obstet Ginecol* 1998;47(328):331-8.
5. Wanc TH. Gestacional trophoblastic diseases. Current trends and perspectives. *Formasim Assoc* 1995;94(8):449-57.
6. Alexandra MD. Gestacional trophoblastic neoplasia. A reupen of diagnosis and management. *J of the Society of Obst and Gynecol of Canada* 1995;16(11):2333-40.
7. Moreno L. Segunda serie de molas en el Hospital Central «Razett» de Barcelona. *Rev Obstet Ginecol New* 1996;362:263-5.
8. Aguero Q. Hydatiform mola in Concepcion Palacios maternity. *Am J Obstet Gynecol* 1993;119-7.
9. Samlbraak J. Trophoblastic growths. Amsterdam: Elsevier, 1987:3.
10. Allen N. Abcende of prostaglandin el metabolism in hydatiform mole *Am J Obstet Ginecol* 1990;119:1131-84.
11. Cuba Ministerio de Salud Pública. Neoplasia trofoblástica gestacional. En: Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1997:159-65.
12. Bakri Y. Pulmonar metastases of gestacional trophoblastic tumor. *J Reprod Med* 1994;39(3):75-8.
13. Briceños C. Algunos aspectos de la enfermedad trofoblástica gestacional *GestenVenezuela. Obstet Ginecol Venezuela* 1984;64(2):100-27.
14. Maciá JM. Enfermedad trofoblástica gestacional. En: Protocolos de Obstetricia y Medicina Prenatal del Instituto Universitario Dexeus. Barcelona: Masson, 1998:144-51.
15. Berkenitz R. Subsequent pregnancy experience in patient with gestacional trophoblastic disease. *J Reprod Med* 1994;39(3):228-32.
16. Flam F. Emergency surgey in gestacional trophoblastic tumors. *Obstet Gynecol Reprod Biol* 1994;35(3):183-6.
17. Dose Methotrexate for gestacional trophoblastic disease. *Gynecol Oncol* 1994;54(3):282-7.
18. Homesley HD. Development of single abcent chemotherapy regimens for gestacional trophoblastic disease. *J Reprod Med* 1994;29(3):185-92.
19. Super J. Methotrexate for women with metastase gestacional trophoblastic disease. *Gynecol Oncol* 1994;54(1):76-9.
20. Park Y. The Utilization of Doppler ultrasonography with color flow mapping in the Diagnost and evaluation of malignant trophoblastic tumors. *Yonsei Med J* 1994;35(3):329-35.

Recibido: 15 de noviembre del 2002. Aprobado: 2 de marzo del 2003.

*Dr. Rodolfo Valentín Martínez Camilo.* Calle Luz No. 321 (altos) el Santa María y Apodaca. Guanabacoa, Ciudad de la Habana, Cuba.