

Caracterización clínica de la enfermedad trofoblástica gestacional, Hospital Ginecobstétrico "Ramón González Coro" (2008-2012)

Clinical characterization of gestational trophoblastic disease in "Ramón González Coro" obstetric and gynaecological hospital in the 2008-2012 period

Msc. Yovany Enrique Vázquez Martínez^I, Dra. Amanda Brito García^I, Msc. Liliam Delgado Peruyera^{II}, Msc. Enrique José Vázquez Merayo^{III}

^I Hospital Ginecoobstétrico "Ramón González Coro" La Habana, Cuba.

^{II} Hospital Pediátrico de Centro Habana. La Habana, Cuba.

^{III} Policlínico Universitario "Héroes del Moncada". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: numerosas investigaciones han estudiado la enfermedad trofoblástica gestacional, haciendo énfasis en la importancia de su diagnóstico y tratamiento precoz. Se indaga en sus características para disminuir las tasas de incidencia, recaídas y/o complicaciones.

Objetivo: se propone determinar el comportamiento clínico de pacientes con Enfermedad trofoblástica gestacional.

Métodos: se efectuó un estudio observacional descriptivo transversal, en el Hospital Ginecobstétrico "Ramón González Coro". Se trabajó una muestra de 18 historias clínicas de pacientes diagnosticadas o con sospecha de la enfermedad trofoblástica gestacional, de cualquier edad y color de piel, dentro del universo de todas las pacientes atendidas en el periodo 2008-2012.

Resultados: predominó como motivo de ingreso el sangramiento vaginal, y al examen físico el principal signo fue la salida de sangre por el orificio cervical externo. La mayoría de los casos obtenidos el 83,4 % fueron pacientes con más de 24 años. Casi el total de la muestra un 94 % presentó un útero aumentado de tamaño. En este estudio más de la mitad de los casos el 83 % fueron por mola hidatiforme parcial.

Conclusiones: este estudio caracteriza el comportamiento clínico de pacientes con Trofoblástica gestacional. Los resultados coinciden con lo observado en otros estudios analizados como apoyo para la valoración y discusión de los resultados. Esta dolencia se caracteriza por presentarse en mujeres mayores de 24 años, sin distinción en cuanto al color de la piel; los signos más significativos al examen ginecológico son el sangramiento vaginal y la salida de sangre por el orificio cervical externo.

Palabras clave: enfermedad trofoblástica gestacional, mola hidatiforme, coriocarcinoma.

ABSTRACT

Introduction: numerous research works have studied gestational trophoblastic disease; making emphasis on the importance of early diagnosis and treatment and have dealt with its characteristics in order to reduce incidence, relapse and/or complication rates.

Objective: to determine the clinical behavior of patients with gestational trophoblastic disease.

Methods: observational descriptive and cross-sectional study was conducted in "Ramón González Coro" in obstetric and gynecological hospital. The sample was made up of 18 medical records of patients diagnosed with or suspected of gestational trophoblastic disease, regardless of their age and race, within the universe of all patients seen in the period of 2008 through 2012.

Results: the main reasons for admission to hospital were vaginal bleeding, and the main sign in physical examination was blood outflow through the external cervical orifice. Most cases (83.4 %) were over 24 years-old. Almost all the patients (94 %) presented with augmented uterus. In this study, 83 % of cases were caused byr partial hydatid form mole.

Conclusions: this study characterizes the clinical behavior of patients with gestational trophoblastic disease. The results are consistent with those observed in other studies as a support for evaluation and discussion of the results. This condition is characterized by occurring in women over 24 years of age, regardless of race, and its most significant signs on gynecological examination are vaginal bleeding and blood outflow from the external os.

Keywords: gestational trophoblastic disease, hydatidiform mole, choriocarcinoma.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad trofoblástica gestacional es conocida desde la antigüedad. Se sabe que hace más de 2 500 años, *Hipócrates* fundamentado en su teoría de los cuatro humores, describió la mola hidatiforme como una hidropesía o retención de líquidos en el útero y se la atribuyó al agua insalubre.¹

La incidencia de la enfermedad trofoblástica gestacional varía dependiendo de la localización geográfica, así en los países asiáticos es más frecuente, 1/200 embarazos, con una mayor capacidad de malignización,² mientras que en los países occidentales tiene una menor frecuencia, 1/1500 embarazos, y solo entre 5 y 10 % precisarían tratamiento posterior por enfermedad trofoblástica persistente o malignización.³

Algunos estudios en Latinoamérica reportan cifras de 4,6/1 000 embarazos. Las causas estarían relacionadas con dieta pobre en proteínas, lo que explicaría la alta incidencia en países pobres orientales, de carotenos-vitamina A, de la raza y alteraciones inmunitarias maternas.⁴

Durante los últimos 5 años, en el Hospital Ginecobstétrico "Ramón González Coro", se ha observado una frecuencia discretamente elevada de casos con diagnóstico de Enfermedad Trofoblástica gestacional, como motivo de ingreso, en relación al total de ingresos del periodo 2003-2007. Por la vigencia de este problema de salud tanto a nivel mundial como en Cuba, nos propusimos realizar este trabajo trazándonos como objetivo: determinar el comportamiento de pacientes con Enfermedad Trofoblástica gestacional atendidas en el Hospital Ginecobstétrico "Ramón González Coro" durante los años 2008-2012.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal. La investigación se llevó a cabo en el Hospital Ginecobstétrico "Ramón González Coro" en 2013. El universo del estudio estuvo constituido por todas las pacientes que fueron atendidas en el hospital y la muestra por la selección de las pacientes diagnosticadas o con sospecha de la Enfermedad Trofoblástica gestacional de cualquier edad y color de piel durante el período comprendido entre los años 2008/2012.

El total de casos de la muestra seleccionados fue de 18 pacientes que era las que cumplían con los criterios de inclusión seleccionados. No se aplicó ninguna técnica de muestreo pues se trabajó con todo el universo para seleccionar la muestra. Se excluyeron del estudio, pacientes cuyas historias clínicas no estaban disponibles en el Departamento de Estadística del hospital donde se llevó a cabo el estudio.

Para la recolección de los datos necesarios se acudió en primer término, a los libros de ingreso del Departamento de Registros Médicos de la institución, a los archivos de Contabilidad así como a la historia clínica de cada una de las pacientes como fuentes secundarias. Los datos obtenidos fueron reflejados en un formulario de recolección de datos, que constituyó la fuente primaria. El formulario fue creado por los autores de la investigación y avalado por la institución donde se realizó el estudio. Una vez recolectada la información fue llevada a una base de datos confeccionada con el fin de lograr una revisión exhaustiva.

En toda investigación de salud, desempeñan un papel fundamental los métodos empíricos, teóricos y estadísticos empleados:

- Se realizó una revisión bibliografía sobre el tema, la que sirvió de apoyo para la discusión de los resultados.
- Se expresa de forma explícita en el instrumento de recolección de los datos que toda la información recolectada es tramitada en forma confidencial para

garantizar la integridad de los individuos y los aspectos éticos de esta investigación.

- El uso de la estadística descriptiva permitió obtener las distribuciones correspondientes de frecuencia en valores absolutos y relativos para las variables estudiadas entre las que se encuentran edad, color de la piel, motivo de ingreso, resultados del tacto vaginal, resultados del examen con espéculo, hallazgos ultrasonográficos.
- Los resultados obtenidos se presentan en tablas de distribución de frecuencia y texto para su discusión y posterior presentación de conclusiones.

RESULTADOS

En la [tabla 1](#) se observa que esta enfermedad se manifestó en grupo de edades mayores de 24 años (15 pacientes; 83,4 %).

Tabla 1. Distribución de pacientes diagnosticadas con enfermedad trofoblástica gestacional según edad

Grupo etario	Cantidad de pacientes	%
> 15 años - < 19 años	1	5,5
> 19 años - < 24 años	2	11,1
> 24 años - < 29 años	5	27,8
> 29 años - < 35 años	5	27,8
> 35 años	5	27,8 %

Fuente: Historias clínicas revisadas

Se refleja que 50 % de la población estudiada era de raza blanca y otro 50 % de raza mestiza, no se encontraba en el estudio ninguna mujer de raza negra ([tabla 2](#)).

Tabla 2. Distribución de pacientes diagnosticadas con enfermedad trofoblástica Gestacional según color de la piel

Color de piel	Cantidad de pacientes	%
Blanca	9	50
Mestiza	9	50
Negra	0	0
Total	18	100

Fuente: Historias clínicas revisadas

Se observa en la [tabla 3](#) como 12 pacientes presentaron sangramiento vaginal, para un 67 %, y que el dolor bajo vientre como motivo de ingreso tuvo la misma frecuencia que la sospecha por ultrasonido, con 6 pacientes cada uno para un 33 %.

Tabla 3. Distribución de pacientes diagnosticadas con enfermedad trofoblástica Gestacional según motivo de ingreso

Motivo de ingreso	Cantidad de pacientes	%
Sangramiento vaginal	12	67
Dolor bajo vientre	6	33
Sospecha por ultrasonido	6	33

Fuente: Historias clínicas revisadas.

Debemos señalar que una misma paciente pudo presentar más de un signo o síntoma como motivo de ingreso, de ahí que no se refleje en la tabla el total del porcentaje. Se aprecia que un 67 % de las pacientes presentaron al examen con espéculo salida de sangre por el orificio cervical externo, y que en 2 pacientes para un 11 % se encontró salida de material ovular ([tabla 4](#)).

Tabla 4. Distribución de pacientes diagnosticadas con enfermedad trofoblástica Gestacional según resultados del examen con espéculo

Resultados del examen con espéculo	Cantidad de pacientes	%
Negativo	4	22
Salida de sangre por el OCE *	12	67
Salida de material ovular	2	11
Total	18	100

*(OCE) Orificio Cervical Externo.

Fuente: Historias clínicas revisadas

La [tabla 5](#) refleja como 17 pacientes presentaron al tacto vaginal un útero aumentado de tamaño para un 94 %, 2 presentaron tumoración anexial (11 %), mientras que solo un caso presentó útero doloroso (5 %).

Tabla 5. Distribución de pacientes diagnosticadas con enfermedad trofoblástica gestacional según resultados del tacto vaginal

Resultados del tacto vaginal	Cantidad de pacientes	%
Útero aumentado de tamaño	17	94
Útero doloroso	1	5
Tumoración anexial	2	11

Fuente: Historias clínicas revisadas.

Debemos señalar que en una misma paciente se pudo encontrar más de un signo al tacto vaginal, de ahí que no se refleje en la tabla el total de porcentos.

Se muestra en la [tabla 6](#) como de 18 pacientes con Enfermedad Trofoblástica gestacional, 15 correspondían a mola hidatiforme parcial (83 %), mientras que solo tres correspondían a Mola Hidatiforme Completa (17 %).

Tabla 6. Distribución de pacientes diagnosticadas con enfermedad trofoblástica gestacional, según resultados anatomopatológicos

Resultados anatomopatológicos	Cantidad de pacientes	%
Mola hidatiforme parcial	15	83
Mola hidatiforme completa	3	17
Total	18	100

Fuente: Historias clínicas revisadas.

DISCUSIÓN

En la distribución de pacientes según el grupo etario, se aprecia una gran incidencia en las mujeres mayores de 24 años. Los resultados encontrados en el estudio realizado en cuanto a la edad son similares a los reportados por otros autores, tanto nacionales como extranjeros.²⁻⁴

Es necesario destacar que *González-Merlo* y otros reportan que en su serie los casos ocurrieron principalmente entre los 21 y los 30 años (77 %);⁵ mientras que en un estudio realizado en el Hospital Central de Maracay, por la doctora *María Scucces*, se encontró que 71 % de las pacientes con Enfermedad Trofoblástica gestacional tenían edades entre 17 y 28 años.⁶

En otra serie realizada en el hospital materno de Guanabacoa, durante el período 1990-2000 se obtuvieron datos que demostraban que el 50 % de las pacientes estudiadas oscilaban entre los 21 y 25 años de edad.⁴ Cabe por tanto señalar que al comparar dichos estudios, con éste, podemos concluir que más del 70 % de los casos de Enfermedad Trofoblástica gestacional se presentan en pacientes mayores de 21 años con mayor inclinación a las edades superiores a los 30 años.

Con respecto al color de la piel, en la [tabla 2](#) puede observarse que 50 % de las pacientes eran de piel blanca y el otro 50 % de piel mestiza. Ninguna de las pacientes en estudio era de piel negra. Se hace necesario destacar que en la bibliografía consultada²⁻⁹ no existieron hallazgos sobre la relación del color de la piel con la enfermedad en cuestión, por lo que no se puede concluir si nuestros resultados difieren o no de lo habitual. Creemos pertinente señalar que un objetivo importante que pudiese servir para futuras investigaciones sería hallar la relación que puede o no existir entre el grupo racial y la incidencia de Enfermedad Trofoblástica gestacional.

En la [tabla 3](#) se puede observar, como 12 de las pacientes, para un 67 % ingresaron por sangramiento vaginal, metrorragias que fueron irregulares en el 96 % de los casos. Estos datos coinciden con otro estudio llevado a cabo en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, donde se obtuvo que el 91,7 % de los casos ingresados con enfermedad trofoblástica gestacional tenían como principal motivo de ingreso el sangramiento vaginal.¹⁰ De igual forma coinciden con los datos obtenidos en el estudio que se realizó en la provincia de Cienfuegos, donde se refleja que el 61,1 % de las pacientes estudiadas presentaron como motivo de ingreso el sangramiento vaginal.¹¹

Hay que resaltar, que los datos obtenidos y reflejados en la [tabla 3](#), justifican por ende los obtenidos en la [tabla 4](#), la cual refleja que 67 % de las pacientes, presentaban al examen físico con espéculo salida de sangre por el orificio cervical externo. Es lógico deducir que las mismas pacientes que presentaron sangramiento vaginal fueron en las que se encontró al examen con espéculo salida de sangre por el orificio cervical externo.

Al examen físico ginecológico, específicamente al tacto vaginal, en la bibliografía consultada se afirma que en la enfermedad trofoblástica gestacional en general, el hallazgo predominante es el útero aumentado de tamaño por encima a lo que correspondería a la edad gestacional, aunque puede también que la paciente presente un tamaño uterino menor de lo esperado.⁹

En la [tabla 5](#) se observa que 17 pacientes (94 %) presentaron útero aumentado de tamaño, esto coincide con un estudio realizado por *González Merlo* y otros, los cuales obtuvieron que en su población estudiada, el 73 % presentaba útero aumentado de tamaño, validando esta anomalía como una manifestación característica de la enfermedad.⁸

Cabe señalar que nuestras cifras no coinciden con las obtenidas en el estudio que se llevó a cabo en el Hospital provincial Ginecobstétrico de Cienfuegos, donde se obtuvo que solo el 8,3 % de la muestra estudiada presentó un aumento de tamaño del útero.⁷

Las patologías más importantes que forman parte de la enfermedad trofoblástica gestacional son: la mola hidatiforme completa, la mola hidatiforme parcial, el Coriocarcinoma y el Tumor del sitio placentario.

La bibliografía consultada expone que la Mola Hidatiforme Completa es la más frecuente.^{10,11}

Suárez Rae y colaboradores encontraron en su estudio que la Mola Hidatiforme Completa es la manifestación más común de la Enfermedad Trofoblástica gestacional para un 58 %.^{6,14} Mientras que la mola hidatiforme parcial tiene en la bibliografía consultada una frecuencia menor del 10 al 30 %.^{7,14}

El estudio de la doctora *Josefina Lira Plascencia* en el Instituto Nacional de Perinatología en México, muestra de igual forma como el 89,1 % de sus casos con enfermedad trofoblástica gestacional se debían a mola hidatiforme completa y solo el 4 % eran debido a mola hidatiforme parcial.¹²⁻¹³ Estos datos no se corresponden con lo obtenido en nuestra investigación, ya que en la misma se obtuvo como bien refleja la tabla 6, que 15 de las pacientes para un 83 % presentaron Mola hidatiforme parcial y que solo el 17 % restante se debían a mola hidatiforme Completa.

CONCLUSIONES

Se demuestra que el comportamiento clínico de pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional se presenta en mujeres mayores de 24 años, sin distinción al color de la piel. Se corrobora que los signos para el diagnóstico en el examen físico ginecológico son el sangramiento vaginal y la salida de sangre por el orificio cervical externo y la forma predominante que se presentó en este estudio fue la mola hidatiforme parcial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Beckmann CRB, Ling WF, Barzansky BM, Herbert WNP, Laube DW, Smith RP. *Obstetrics and Gynecology*. 6^{ta} ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business; 2010.
2. Kim SJ, Lee C, Kwon SY, Na YJ, Oh YK, Kim CJ. Studying changes in the incidence, diagnosis and management of GTD: The South Korean model. *J Reprod Med*. 2004 Aug;49(8):643-54.
3. Drake RD, Rao GG, McIntire DD, Miller DS, Schorge JO. GTD among Hispanic women: a 21 year hospital based study. *Gynecol Oncol*. 2006;103(1):81.
4. Oróstegui Correa S, Arenas YA, Galindo LM. Enfermedad trofoblástica gestacional. *Med UNAB [Internet]*. 2008 [citado 22 may. 2013];11(2):140-8. Disponible en: <http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=medunab&page=article&op=viewFile&path%5B%5D=74&path%5B%5D=67>
5. GonzálezMerlo J, LailaVicens JM, Fabre González E, González Bosquet E. *Obstetricia*. Cap.29 Enfermedad trofoblástica gestacional. 5^{ta} ed. Barcelona, España: Elsevier/Masson SA; 2006.
6. Scucces M, Montesino C, Bello L, Camperos G. Neoplasia trofoblástica de la gestación en el Hospital Central de Maracay: revisión período 1987-1998. *Rev Obstet Ginecol Venezuela*. 2007 dic;60(4):223-7.
7. Schorge JO, Schaffer JI, Halvorson LM, Hoffman BL, Bradshaw KD, Cunningham G. *Williams de Ginecología*. México: Mc Graw-Hill; 2009.
8. Tse KY, Chan KKL, tam Kar FT, Ngan HYS. Gestational trophoblastic disease. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine [Internet]* 2009 Apr[cited 2013

may. 22]; 19(4):89-97. Available from: <http://www.obstetrics-gynaecology-journal.com/article/S1751-7214%2808%2900256-X/fulltext>

9. Goldstein DP, Berkowitz RS. Gestational trophoblastic disease. In: Abeloff MD, Armitage JO, Niederhuber JE, Kastan MB, McKenna WG, editors. *Abeloff's Clinical Oncology*. 4th ed. Chap 94. Philadelphia, Pa: Elsevier Churchill Livingstone; 2008.

10. Juárez Azpilcueta A, Islas Domínguez L, Durán Padilla MA. Mola hidatidiforme parcial con feto vivo del segundo trimestre. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2010 [citado 02 Ago 2013]; 75(2): 137-9. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262010000200011&lng=es <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262010000200011>

11. Medline Plus. Enciclopedia Médica en Español [Internet]. Bethesda, MD: NLM, National Library of Medicine; c2013 [actualizada 4 enero 2013; citada 5 ago. 2013]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/007333.htm>

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* [Internet] 2008 [citado 22 may. 2013]; 76(2): 81-87 Disponible en: <http://epifesz.files.wordpress.com/2011/01/enfermedad-trofoblasto-2008.pdf>

13. Lira Plascencia J. Enfermedad trofoblástica gestacional: experiencia de 6 años en el Instituto Nacional de Perinatología. *Ginecol. Obstet. Méx* 2007 nov; (11): 478-82.

14. Rodríguez Hidalgo N. *Manual de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y perinatología*. La Habana: Editorial Ciencias Médica; 2000.

Recibido: 21 de agosto de 2013.

Aprobado: 16 de diciembre de 2013.

MsC. *Yovany Enrique Vázquez Martínez*. Hospital Ginecobstétrico "Ramón González Coro". Correo electrónico: yovany@infomed.sld.cu