

Características clínicas y paraclínicas (niveles de hemoglobina y de hormona gonadotropina coriónica) en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Trofoblástica Gestacional del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Civil Dr. Antonio González Guevara en Tepic, Nayarit

Sofía García Navarro^a, Rosalva Arteaga Medina^b y Blanca E Alcántar Díaz^{c*}

^aHospital Civil "Antonio Gonzalez Guevara" Tepic, Nayarit, México.

^bUniversidad Autónoma de Nayarit, Ciudad de la cultura "Amado Nervo" S/N Col. Los Fresnos C.P. 63155, Tepic, Nayarit, México

*E-mail: blancaalcantar@hotmail.com

Recibido 14 de febrero de 2013, Aceptado 11 de marzo de 2013

Resumen

La Enfermedad Trofoblástica Gestacional (ETG) o Embarazo Molar es un grupo de alteraciones benignas y malignas de la gestación, caracterizadas por la proliferación en grados variables de las células sincitiales y de Langhans del trofoblasto, así como por la degeneración de las vellosidades coriales y producción de hormona gonadotropina coriónica (HGC) cuantificable. En su etiopatogenia se consideran múltiples factores de riesgo, tales como: nutrición, la raza, la edad materna y presencia de ETG previa, práctica anticonceptiva, tabaquismo y edad materna en extremos de la vida reproductiva. **El objetivo general** del presente estudio fue describir las características clínicas de la enfermedad Trofoblástica Gestacional en pacientes que fueron atendidas en el servicio de ginecología del hospital Antonio González Guevara de la ciudad de Tepic, Nayarit en el periodo comprendido de enero de 2009 al mes de abril de 2012. **Material y métodos** Se recabó información de los expedientes clínicos de pacientes del servicio de ginecología y obstetricia con diagnóstico de enfermedad trofoblástica. Se analizaron los datos obtenidos mediante el paquete de datos estadístico SPSS V.13 **Resultados.** Se registraron en el periodo del estudio 38 casos de ETG, 21.5% de los cuales se presentaron en edades extremas de la vida, la edad gestacional de presentación más frecuente fue de 12 semanas, el estado de nutrición más frecuente fue sobrepeso seguido de obesidad, 21.05% de los casos contó con el antecedente de ingesta de hormonales orales, 29% del total de pacientes tenían antecedente de historia de abortos previos. Dentro de los hallazgos bioquímicos destacan: anemia en 18.4% de los casos y frecuencia media de valores de HCG-beta de 214,302.63 UI/L. En el diagnóstico ultrasonográfico, 15.79% de las pacientes no fue posible especificar el diagnóstico, los resultados histopatológicos muestran: 29 casos de Mola Completa Benigna Negativa a malignidad, 1 caso de Mola Completa Sospechosa de Malignidad, 2 casos de Mola Parcial, 1 caso reportado de Mola Hidatiforme Benigna Potencialmente Maligna, un caso reportado de Mola Destruens y 4 casos con diagnóstico clínico y bioquímico de Embarazo Molar cuyo diagnóstico histopatológico fue Aborto del Primer Trimestre.

Palabras clave: mola, enfermedad trofoblástica, características clínicas de embarazo molar.

1. Introducción

La Enfermedad Trofoblástica Gestacional (ETG) o Embarazo Molar es un grupo de alteraciones de la gestación, benignas y malignas, caracterizadas por la proliferación en grados variables de las células sincitiales y de Langhans del trofoblasto, por la degeneración hidrópica de las vellosidades coriales y por la producción de hormona gonadotropina coriónica (HGC) cuantificable. Según la literatura, en su etiopatogenia se consideran múltiples factores de riesgo, tales como: estado nutricional, raza, edad materna y presencia de ETG previa, factores reproductivos, práctica anticonceptiva y tabaquismo. En el diagnóstico es imprescindible la determinación de HGC, así como la realización de

ultrasonido pélvico y/o vaginal [1,2]. La incidencia y prevalencia de la enfermedad trofoblástica gestacional varía ampliamente en todos los países; según investigaciones hechas a nivel mundial la enfermedad tiende a disminuir a medida que mejoran las condiciones socioeconómicas de las pacientes [1-3]. En la República Mexicana se han reportado incidencias variables que van de 1: 144 a 1:614 embarazos según cifras del 2011 [4,5]. En estudios epidemiológicos y de salud pública se menciona una incidencia en México de 240/100,000 nacimientos [5,6]. En Nayarit no existen reportes acerca de la incidencia de esta patología.

Debido a la carencia de datos epidemiológicos acerca de la ETG en Nayarit, decidimos a través de

este estudio observacional, describir las características clínicas de las pacientes con embarazo molar en nuestro estado, de modo que la información recabada funcione como un antecedente para la realización de estudios epidemiológicos posteriores que permitan determinar con precisión estadísticas e indicadores relativos a este padecimiento que permitan el desarrollo de estrategias de prevención y diagnóstico oportuno.

2. Parte experimental

Tipo de estudio y diseño general. Estudio observacional y retrospectivo.

Universo de estudio. Historia clínica de pacientes del servicio de ginecología del hospital Civil Dr. Antonio González Guevara de Tepic Nayarit, con diagnóstico ultrasonográfico y laboratorio (cuantificación de HGC en suero) de ETG en el periodo comprendido de enero de 2009 a abril de 2012.

Metodología. Se recabó información de los expedientes clínicos de pacientes del servicio de ginecología y obstetricia con diagnóstico de enfermedad trofoblástica. Se consideraron los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

A) Criterios de Inclusión

1. Pacientes con diagnóstico de ETG
2. Pacientes con expediente clínico completo con:
 - a) Cuantificación de HGC (fracción beta cuantitativa)
 - b) Biometría hemática
 - c) Ultrasonograma pélvico
 - d) Reporte de histopatología posterior a la evacuación de la mola

B) Criterios de exclusión

1. Pacientes con expediente clínico incompleto
2. Pacientes con Aborto que ingresaron con diagnóstico de Mola

De los expedientes clínicos incluidos se extrajeron los datos relativos a las siguientes características clínicas; edad de la paciente, edad gestacional al momento del diagnóstico, estado nutricional de acuerdo a el índice de masa corporal (ver Tabla 1), antecedente de ingesta de anticonceptivos orales, historia de abortos previos, reporte de sangrado transvaginal, altura de fondo uterino, presencia de anemia (evidenciada por los resultados de la biometría hemática), hallazgos ultrasonográficos, cuantificación de HGC y hallazgos histopatológicos.

Tabla 1. Estado Nutricional de acuerdo a Índice de masa corporal (según OMS).

Desnutrición	IMC Menor de 18.5
Peso normal	IMC de 18.5 a 24.9
Sobrepeso	IMC de 25 a 29.9
Obesidad Grado I	IMC de 30 a 34.9
Obesidad Grado II	IMC de 35 a 39.9
Obesidad Grado III	IMC mayor de 40

3. Resultados y Discusión

Se incluyeron 38 expedientes clínicos de pacientes que cumplieron los criterios de inclusión (pacientes con diagnóstico de ETG). La media de edad fue de 24.55. La edad mínima de presentación fue de 14 años y la máxima fue a los 45 años. La mayor frecuencia de casos se observó en el intervalo de 19 a 21 años (15.8 %). La distribución de edad de los casos atendió a una curva normal (ver Figura 1).

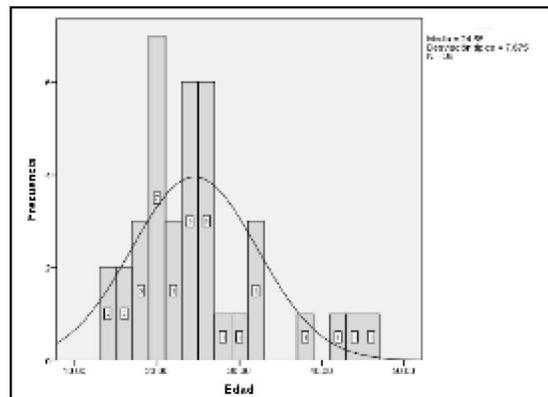


Figura 1. Histograma de frecuencia para la edad de las pacientes que acudieron al hospital Civil Antonio González Guevara con diagnóstico de ETG. Periodo comprendido del 2009-2012.

Con respecto a la edad gestacional al momento del diagnóstico, el estudio mostró una media de 13.18 semanas de gestación con una desviación estándar de 5.08, registrándose la mayor frecuencia de presentación el intervalo de 12-14 semanas de gestación (21.1 % de las pacientes), como se muestra en la Figura 2.

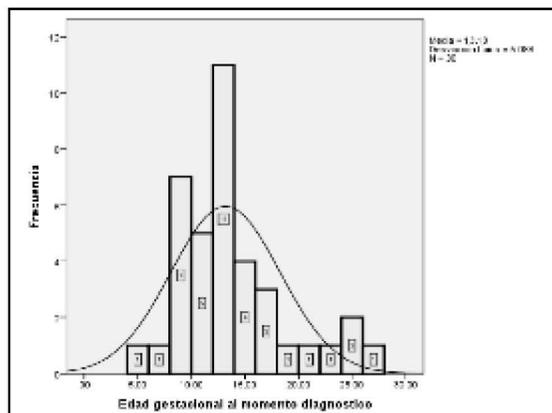


Figura 2. Histograma de frecuencias para la Edad Gestacional al Momento del Diagnóstico de las pacientes que acudieron al hospital Civil Antonio González Guevara con diagnóstico de ETG. Periodo comprendido del 2009-2012.

En lo relativo al estado nutricional de las pacientes, el estudio mostró una media de IMC de 25.39 con una desviación estándar de 4.24. En la distribución de los datos se observa un amplio porcentaje de la curva para el IMC en el rango de 25.2 a 30.4 ubicando a esta población de pacientes entre las clasificaciones de sobrepeso y obesidad grado I (47.3 % del total de pacientes, ver Figura 3).

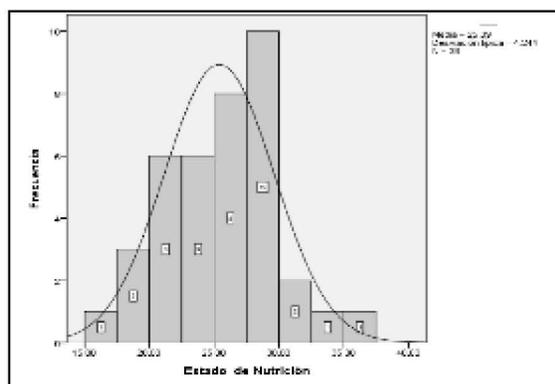


Figura 3. Histograma de frecuencias sobre el estado de nutrición de acuerdo con el Índice de Masa Corporal de las pacientes que acudieron al hospital Civil Antonio González Guevara con diagnóstico de ETG. Periodo comprendido del 2009-2012.

Con respecto a los factores de riesgo para presentar enfermedad trofoblástica gestacional; el antecedente de ingesta de hormonales orales se observó en un 21.05% de las pacientes, el antecedente de abortos previos se reportó en un 29 %.

En referencia a los hallazgos clínicos al momento del diagnóstico de ETG, se reportó la presencia de sangrado vaginal como dato de sospecha clínica de ETG, en un 86.8 % de las pacientes. En cuanto a la exploración física de medición de altura de fondo uterino (AFU) al momento del diagnóstico, se observó que en el 55.26 % de las pacientes la medición de la AFU fue mayor a la esperada por fecha de última menstruación.

En relación a los datos observados a la ultrasonografía al momento del diagnóstico se obtuvo lo siguiente: 84.21 % de las pacientes con diagnóstico ultrasonográfico de mola completa, 15.79 % de las pacientes con hallazgos no concluyentes o diagnóstico no especificado (Figura 4).

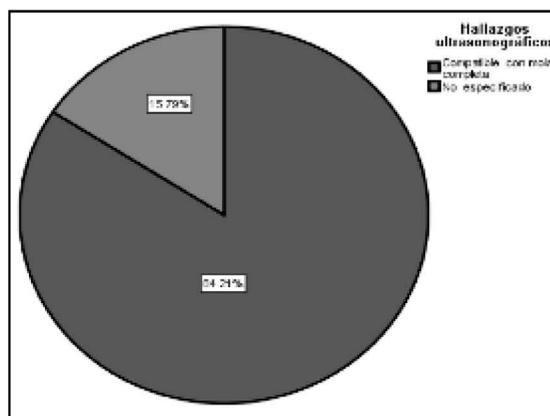


Figura 4. Hallazgos ultrasonográficos en las pacientes que acudieron al hospital Civil Antonio González Guevara con diagnóstico de ETG. Periodo comprendido del 2009-2012.

Las determinaciones de hemoglobina al momento del diagnóstico, revelaron una media de hemoglobina para los casos de ETG de 11.7 con una desviación estándar de 1.50, presentándose en una mayor frecuencia de pacientes con hemoglobina de 12 a 13 gr/dl (10.5 %). Con una amplitud en la distribución de la curva que muestra un rango que va de 7.23 a 14.10 (ver Figura 5A). En relación a los datos que se obtuvieron para los valores de gonadotropina coriónica humana fracción beta cuantitativa al momento del diagnóstico se muestra lo siguiente: media de HCG-beta de 214,302.63 UI/L con una desviación estándar de 285,851.00 UI/L con un valor mínimo de 2.4 UI/L (ver figura 5B).

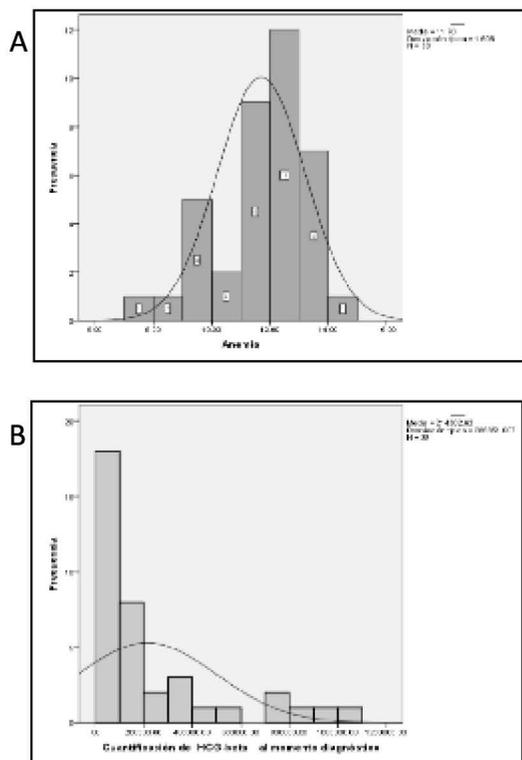


Figura 5. Determinaciones de Hemoglobina y HGC de las pacientes que acudieron al hospital Civil Antonio González Guevara con diagnóstico de ETG. Periodo comprendido del 2009-2012. (A) Hemoglobina. (B) Hormona gonadotropina coriónica (HGC).

Los datos obtenidos para los Resultados de histopatología fueron de la manera siguiente: 76 % para Mola Completa Benigna Negativa a malignidad (29 casos), 2.6 % (1 caso) para Mola Hidatiforme Aparentemente Benigna Sospechosa de Malignidad, 5.2 % para el caso de Mola Parcial (2 casos), un caso reportado de Mola Hidatiforme Benigna Neoplasia Potencialmente Maligna y un caso reportado de Mola Destruens y 10.5 % (4 casos) en los cuales el diagnóstico histopatológico fue Aborto del Primer Trimestre (ver Tabla 2).

Según la literatura para diagnosticar ETG deben considerarse múltiples factores de riesgo tales como: nutricionales, la raza, la edad materna y presencia de ETG previa, factores reproductivos, práctica anticonceptiva, tabaquismo, edad materna (de particular relevancia los extremos de la vida reproductiva) y el antecedente de la mola previa. La incidencia y prevalencia en el Hospital Civil Dr. Antonio González Guevara en el periodo estudiado de Enero de 2009 a Abril de 2012 fue de 1:584 según los datos obtenidos del departamento de estadísticas de esta institución, la cual es similar al resto del país. La ETG se presenta habitualmente, según investigaciones previas, en menores de 20 y

Tabla 2. Diagnóstico histopatológico posterior a la evacuación de la mola de las pacientes que acudieron al hospital Civil Antonio González Guevara con diagnóstico de ETG. Periodo comprendido del 2009-2012.

29	Mola Completa Hidatiforme Benigna Negativa a Malignidad
1	Mola Hidatiforme Aparentemente Benigna Sospechosa de Malignidad
2	Mola Parcial Vellosidades Hidrópicas edematosas bordes irregulares
1	Mola Hidatiforme Benigna Neoplasia Potencialmente Maligna
1	Mola Destruens Neoplasia potencialmente maligna
4	Aborto del Primer Trimestre
1	Mola Hidatiforme Aparentemente Benigna Sospechosa de Malignidad

mayores de 40 años de edad [4]. En el presente estudio la menor edad de presentación fue de 14 años y la mayor edad de presentación fue de 45 años con una frecuencia mayor de presentación en el rango de menores de 21 años, lo que coincide con lo reportado en la literatura. El factor de riesgo de malnutrición que se señala en diversos artículos no se observó en el presente estudio, donde prevalecieron los estados de sobrepeso y obesidad grado I según las escala de la OMS. El 29 % del total de la muestra contaban con historia de abortos previos lo que contrasta con lo anteriormente reportado [7]. La ingesta de hormonales orales se presentó en un 21.05 %, lo que es bajo en relación a lo documentado para pacientes con ETG en otras investigaciones [8].

Rutinariamente, como lo demuestra el presente estudio, el diagnóstico de ETG incluye el ultrasonograma durante el primer trimestre y estudio histopatológico, sin embargo pueden llegar a utilizarse como complementos diagnósticos de esta patología; el análisis citogenético, la determinación de la ploidía por citometría de flujo, hibridación in situ y amplificación por PCR e inmunohistoquímica para determinar la paternidad impresa en el gen p53.

4. Conclusiones

Las conclusiones a las que se llegó en este estudio se mencionan a continuación: 1. La incidencia de ETG en el H.A.G.G fue de 1:584 nacidos vivos, 2. El estado de nutrición de las pacientes fue en mayor porcentaje para Sobrepeso y Obesidad Grado I, 3. El antecedente de abortos previos como factor de riesgo en las pacientes captadas se presentó en un 29 %, 4. El antecedente de ingesta de hormonales orales como factor de riesgo se presentó en un 21 %, 5. Los hallazgos clínicos encontrados fueron sangrado vaginal 86.8 % y una altura de fondo uterino mayor a lo esperado en 55 %, 6. Se detectó anemia en un 23.6 % de las pacientes y niveles de HCG fracción beta media de 214,302 y niveles por arriba de 1,000,000 UI/L en el caso de una paciente, 7. El diagnóstico final de ETG se realizó por histopatología.

5. Referencias

1. Cunningham G, MacDonald P. *Obstetrics Williams*. Cap. 34 Enfermedades y anomalías de la placenta. Ed. Masson, USA 1996. *Enfermedad Trofoblástica Gestacional Aspectos clínicos y morfológicos*.
2. De la fuente P., *Métodos de Exploración del feto*. Usandizaga B. J. *Tratado de Obstetricia y Ginecología*. Volumen I: Obstetricia. 2ª edición. 2004, 132-151.
3. Philippe E., Dreyfus M. *Maladies trophoblastiques gestationnelles*. *Encycl. Med. Chir. Obstétrique*. 1998, 5070-C-10, 12-27.
4. Navarro Amezcua M. E., Castellanos Reyes J. 2008, Vol. 76 (5). Embarazo parcial y feto vivo coexistente. *Ginecología y Obstetricia*, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS.
5. Morales García V., Gómez E., Bautista Vásquez S. E., Santos Pérez U. Embarazo molar parcial: reporte de un caso y revisión de la bibliografía. *Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, Oaxaca de Juárez México*. 2011, 79, 432-435.
6. Ezpeleta y Cousillas. *Servicio de Obstetricia y Ginecología*. Hospital Universitario Virgen del Campo Pamplona. *Revista Española de Patología* 2002, 35, 187-200.
7. Olaya Guzmán E. *Enfermedad Trofoblástica Gestacional Aspectos clínicos y morfológicos*. *Revista Fundamentos de Oncología*. *Enfermedad Trofoblástica Gestacional* 2010, 387-392.
8. Lurain John R., M D, Brewer John. *Enfermedad Trofoblástica Gestacional: Epidemiología, Patología Presentación Clínica y Diagnóstico y manejo de la mola hidatiforme*. *Trophoblastic Disease Center, Northwestern University Feinberg School of Medicine, Chicago IL American Journal of Obstetrics and Gynecology* December 2010, 531-539.