CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA ENFERMEDAD TROFOBLASTICA GESTACIONAL, CLINICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO (ENERO DE 2007 A MAYO 2018)

DANIELA DIAZ RAMIREZ

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
CARTAGENA DE INDIAS D. T. Y C.
2018

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA ENFERMEDAD TROFOBLASTICA GESTACIONAL, CLINICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO (ENERO DE 2007 A MAYO 2018)

DANIELA DIAZ RAMIREZ
Ginecología y Obstetricia

TUTORES

ROGELIO RAFAEL MENDEZ RODRIGUEZ
MD. Esp.Ginecología y Obstetricia

ALVARO MONTERROSA CASTRO
MD. Esp.Ginecología y Obstetricia

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
CARTAGENA DE INDIAS D. T. Y C.
2018

Nota de aceptación

_____

_____

_____

_____

_____
Presidente del jurado

_____
Jurado

_____
Jurado

Cartagena, D. T y C., Junio de 2018

Cartagena, Junio de 2018

Doctora
VIRNA CARABALLO
Jefa Departamento de Postgrado y Educación Continua
Facultad de Medicina
Universidad de Cartagena
L. C.

Cordial saludo.

La presente tiene como fin el dar a conocer la nota cuantitativa y cualitativa del proyecto de investigación a cargo del residente de Ginecología y obstetricia DANIELA DIAZ RAMIREZ, bajo mi asesoría; el trabajo se titula: **"CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA ENFERMEDAD TROFOBLASTICA GESTACIONAL, CLINICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO (ENERO DE 2007 A MAYO 2018)".**

Nota cualitativa:

Nota cuantitativa:

Atentamente,

_____
ROGELIO RAFAEL MENDEZ RODRIGUEZ
Docente de Ginecología y Obstetricia
Universidad de Cartagena

Cartagena, Junio de 2018

Doctor
ISMAEL YEPEZ BARRETO
Coordinador Departamento de Investigaciones
Facultad de Medicina
Universidad de Cartagena
L. C.

Cordial saludo.

Por medio de la presente, autorizo que nuestro trabajo de investigación titulado: **"CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA ENFERMEDAD TROFOBLASTICA GESTACIONAL, CLINICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO (ENERO DE 2007 A MAYO 2018)"**, realizado por **DANIELA DIAZ RAMIREZ,** bajo la tutoría de **ROGELIO RAFAEL MENDEZ RODRIGUEZ,** sea digitalizado y colocado en la web en formato PDF, para la consulta de toda la comunidad científica. Lo anterior es exigencia de la rectoría de la Universidad de Cartagena según circular 021 de la Vicerrectoría Académica de la Universidad de Cartagena del 28 de agosto del 2012.

Atentamente,

_____
DANIELA DIAZ RAMIREZ
Residente de Ginecología y Obstetricia III año
C.C. 1.094.905.350

_____
ROGELIO RAFAEL MENDEZ RODRIGUEZ
Docente de Ginecología y obstetricia
Universidad de Cartagena

Cartagena, Junio de 2018

Doctor
ISMAEL YEPES BARRETO
Jefe Departamento de Investigaciones
Facultad de Medicina
Universidad de Cartagena
L. C.

Cordial saludo.

A través de la presente cedemos los derechos de propiedad intelectual del trabajo de investigación de nuestra autoría titulado: **"CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA ENFERMEDAD TROFOBLASTICA GESTACIONAL, CLINICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO (ENERO DE 2007 A MAYO 2018)"** a la Universidad de Cartagena para la consulta y préstamos a la biblioteca únicamente con fines académicos y/o investigativos descartándose cualquier fin comercial, permitiendo de esta manera su acceso al público.

Hago énfasis de que conservamos el derecho como autores de registrar nuestra investigación como obra inédita y la facultad de poder publicarlo en cualquier otro medio.

Atentamente,

_____
DANIELA DIAZ RAMIREZ
Residente de Ginecología y Obstetricia III año
C.C. 1.094.905.350

_____
ROGELIO RAFAEL MENDEZ RODRIGUEZ
Docente de Ginecología y obstetricia
Universidad de Cartagena

Cartagena, Junio de 2018

Doctor
ISMAEL YEPES BARRETO
Jefe Departamento de Investigaciones
Facultad de Medicina
Universidad de Cartagena
L. C.

Cordial saludo.

Con el fin de optar por el titulo de: ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, he presentado a la Universidad de Cartagena el trabajo de grado titulado: **CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA ENFERMEDAD TROFOBLASTICA GESTACIONAL, CLINICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO (ENERO DE 2007 A MAYO 2018)** Por medio de este escrito autorizo en forma gratuita y por tiempo indefinido a la Universidad de Cartagena para situar en la biblioteca un ejemplar del trabajo de grado, con el fin de que sea consultado por el público. Igualmente autorizo en forma gratuita y por tiempo indefinido a publicar en forma electrónica o divulgar por medio electrónico el texto del trabajo en formato PDF con el fin de que pueda ser consultado por el público. Toda persona que consulte ya sea en la biblioteca o en medio electrónico podrá copiar apartes del texto citando siempre la fuente, es decir el título y el autor del trabajo. Esta autorización no implica renuncia a la facultad que tengo de publicar total o parcialmente la obra. La Universidad no será responsable de ninguna reclamación que pudiera surgir de terceros que reclamen autoría del trabajo que presento. Lo anterior es exigencia de la rectoría de la Universidad de Cartagena según circular 021 de la vicerrectoria académica de la Universidad de Cartagena del 28 de agosto del 2012:

Atentamente,

_____
DANIELA DIAZ RAMIREZ
Residente de Ginecología y obstetricia III año
C.C. 1.094.905.350

_____
ROGELIO RAFAEL MENDEZ RODRIGUEZ
Docente de Ginecología y obstetricia
Universidad de Cartagena

Cartagena, Junio de 2018

Señores
REVISTA CIENCIAS BIOMÉDICAS
Jefe Departamento de Investigaciones
Facultad de Medicina
Universidad de Cartagena
L. C.

Estimados señores:

Es mi deseo que el informe final del trabajo de grado: **CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA ENFERMEDAD TROFOBLASTICA GESTACIONAL, CLINICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO (ENERO DE 2007 A MAYO 2018)**, que realizado en conjunto con mis asesores y del cual los abajo firmantes somos autores:

 SI, sea considerado, evaluado editorialmente y revisado por pares y publicado en la REVISTA CIENCIAS BIOMEDICAS, órgano de información científica de la Facultad de MEDICINA DE LA Universidad de Cartagena.

 NO, sea considerado, evaluado editorialmente y revisado por pares y publicado en la REVISTA CIENCIAS BIOMEDICAS, órgano de información científica de la Facultad de MEDICINA DE LA Universidad de Cartagena.

_____
DANIELA DIAZ RAMIREZ
Residente de Ginecología y Obstetricia III año
C.C. 1.094.905.350

_____
ROGELIO RAFAEL MENDEZ RODRIGUEZ
Docente de Ginecología y obstetricia
Universidad de Cartagena

AGRADECIMIENTOS

A Dios, a mis padres Joaquín y Carmenza quienes son mi guía, a Luis Fernando y Daniel quienes son la luz de mi vida y a Sara por recorrer este camino juntas.

CONFLICTO DE INTERESES: Ninguno que declarar

FINANCIACIÓN: Recursos propios de los autores

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA ENFERMEDAD TROFOBLASTICA GESTACIONAL, CLINICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO (ENERO DE 2007 A MAYO 2018)

CLINICAL CHARACTERISTICS OF THE GESTATIONAL TROFOBLASTIC DISEASE, RAFAEL CALVO MATERNITY CLINIC (JANUARY 2007 TO MAY 2018)

Díaz Ramírez Daniela (1)
Méndez Rodríguez Rogelio Rafael (2)
Monterrosa Castro Álvaro (3)
(1) Médico. Residente III año Ginecología y Obstetricia. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena.
(2) Médico. Esp. Ginecología y Obstetricia, Docente del programa de Ginecología y Obstetricia. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena.
(3) Médico. Esp. Ginecología y Obstetricia. Docente del Departamento de Investigaciones. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena.

RESUMEN:

Introducción: La enfermedad trofoblástica gestacional abarca una serie de trastornos relacionados con proliferaciones celulares derivados de trofoblásto, que consiste trastornos premalignos como mola hidatiforme completa y parcial, y los trastornos malignos como mola invasiva, coriocarcinoma, y el tumor trofoblástico del sitio placentario. Estas formas malignas se denominan neoplasia trofoblástica gestacional, su potencial invasivo y metastásico requiere a veces quimioterapia y/o cirugía. Las mejoras en los protocolos de seguimiento indican que las tasas globales de curación pueden exceder el 98% con conservación de la fertilidad. Estas enfermedades se encuentran predominantemente en las mujeres en edad reproductiva de todos los grupos étnicos, es más frecuente en edades extremas de la vida y en pacientes con antecedente de enfermedad trofoblástica

Objetivo: Identificar las características epidemiológicas y clínicas de las pacientes con diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional en la Clínica maternidad Rafael Calvo durante el periodo de enero de 2007 a mayo de 2018.

Métodos: Se identificaran las historias clínicas con diagnostico histopatológico de enfermedad trofoblástica gestacional en la clínica maternidad Rafael Calvo durante el periodo de enero de 2007 a mayo de 2018 2018 solicitando esta información en CENDIPAT (Centro de diagnóstico patológico del caribe), mediante la clasificación CIE-10; O010 Mola Hidatiforme clásica, O011 Mola Hidatiforme incompleta o parcial, O019 Mola Hidatiforme no especificada, C58 Coriocarcinoma y D39.2 Mola invasora. Posterior a esto solicitar dichas historias clínicas en el archivo de la Clínica maternidad Rafael Calvo de las cuales se obtendrá la información para la realización del formulario.

Resultados: Entre enero de 2007 y mayo de 2018 en la Clínica maternidad Rafael Calvo se realizó diagnostico histopatológico de enfermedad trofoblástica gestacional en 185 pacientes, de las cuales se excluyeron 76 pacientes por no encontrarse la historia clínica disponible en el archivo. La frecuencia de los subtipos de la enfermedad trofoblástica gestacional fue: mola completa 28.4% y mola incompleta 71.6%. La frecuencia de hallazgos ecográficos durante el estudio imagenologico de ingreso fue la siguiente: imagen compatible con panal de abejas 69.7%, Existió requerimiento de un segundo legrado en 6.6% de las pacientes, necesidad de histerectomía en 2.8%, requerimiento de transfusión en 4 3.8% y hospitalización mayor a 72 horas en 17.4%.

Conclusiones: Diversos estudios coinciden que la enfermedad trofoblástica es más frecuente en los extremos de la edad reproductiva, particularmente en edades menores de 16 años y mayores de 50 años. Se ha demostrado que el riesgo de padecer una enfermedad trofoblástica recurrente es mayor después de haber presentado una enfermedad trofoblástica gestacional previa, siendo de 1,5% para una mola completa y 2,7% para una parcial. El diagnóstico definitivo es histopatológico, encontramos que se presentaron varios casos en donde la sospecha clínica inicial no era el embarazo molar, para realizar un adecuado enfoque diagnóstico de se deben tener en cuenta características clínicas,

imagenológicas y de laboratorio. Con lo cual se concluye que la imagen clásica de panal de abeja y tormenta de nieva continúan siendo el hallazgo más característico encontrado y de alta sospecha para enfermedad trofoblástica gestacional. Este diagnóstico precoz además trae como consecuencia la disminución de complicaciones.
Palabras clave: Enfermedad trofoblástica, mola, factores de riesgo**.**

SUMMARY

Introduction: Gestational trophoblastic disease encompasses a series of disorders related to cell proliferations derived from trophoblast, consisting of premalignant disorders such as complete and partial hydatidiform mole, and malignant disorders such as invasive mole, choriocarcinoma, and placental site trophoblastic tumor. These malignant forms are called gestational trophoblastic neoplasia, their invasive and metastatic potential sometimes requires chemotherapy and / or surgery. Improvements in follow-up protocols indicate that overall cure rates may exceed 98% with conservation of fertility. These diseases are found predominantly in women of reproductive age of all ethnic groups, it is more frequent in extreme ages of life and in patients with a history of trophoblastic disease.

Objective: To identify the epidemiological and clinical characteristics of patients diagnosed with gestational trophoblastic disease at the Rafael Calvo Maternity Clinic during the period from January 2007 to May 2018.

Methods: Clinical histories with histopathological diagnosis of gestational trophoblastic disease were identified in the Rafael Calvo maternity clinic during the period from January 2007 to May 2018 2018 requesting this information in CENDIPAT (Caribbean Pathological Diagnostic Center), through the ICD-10 classification; O010 Classical hydatidiform mole, O011 Incomplete or partial hydatidiform mole, O019 Unspecified hydatidiform mole, C58 Choriocarcinoma and D39.2 Invasive mole. After this request these medical records in the file of the Rafael Calvo Maternity Clinic from which you will obtain the information to complete the form.

Results: Between January 2007 and May 2018 at the Rafael Calvo maternity clinic, a histopathological diagnosis of gestational trophoblastic disease was performed in 185 patients, of which 76 patients were excluded because the medical record was not available in the file. The frequency of the subtypes of the gestational trophoblastic disease was: complete mole, 31 (28.4%) and incomplete mole, 78 (71.6%). The frequency of sonographic findings during the imaging study of admission was as follows: image compatible with honeycomb, 76 (69.7%), image compatible with snowstorm, There was a requirement for a second curettage in 7 patients (6.6%), need of hysterectomy in 3 patients (2.8%), transfusion requirement in 4 patients (3.8%) and hospitalization greater than 72 hours in 19 patients (17.4%).

Conclusions: Several studies agree that trophoblastic disease is more frequent at the extremes of reproductive age, particularly at ages under 16 and over 50 years. It has been shown that the risk of suffering a recurrent trophoblastic disease is greater after having presented a prior gestational trophoblastic disease, being 1.5% for a complete mole and 2.7% for a partial mole. The definitive diagnosis is histopathological, we found that there were several cases in which the initial clinical suspicion was not molar pregnancy, in order to carry out an adequate diagnostic approach, clinical, imaging and laboratory characteristics must be taken into account. With which it is concluded that the classic image of honeycomb and snow storm continue being the most characteristic finding found and of high suspicion for gestational trophoblastic disease. This early diagnosis also results in the reduction of complications.**Key words:** Trophoblastic disease, mole, risk factors.

INTRODUCCION

La enfermedad trofoblástica gestacional abarca una serie de trastornos relacionados con proliferaciones celulares derivados de trofoblásto, que consiste trastornos pre malignos como mola hidatiforme completa y parcial, y los trastornos malignos como mola invasiva, coriocarcinoma, y el tumor trofoblástico del sitio

placentario. Estas formas malignas se denominan neoplasia trofoblástica gestacional, su potencial invasivo y metastásico requiere a veces quimioterapia y/o cirugía. Las mejoras en los protocolos de seguimiento indican que las tasas globales de curación pueden exceder el 98% con conservación de la fertilidad (1). Estas enfermedades se encuentran predominantemente en las mujeres en edad reproductiva de todos los grupos étnicos, es más frecuente en edades extremas de la vida y en pacientes con antecedente de enfermedad trofoblástica (2).

Diversas investigaciones relacionan la presencia de la enfermedad trofoblástica a factores como: la edad, embarazo molar previo (3, 4, 5), uso de anticonceptivos orales y su duración, antecedentes de aborto, tabaquismo, deficiencias vitamínicas, entre otras; existiendo una gran diferencia en la presentación de estos factores lo que se refleja en múltiples estudios realizados en distintos países (6).

Existen discrepancia en los datos actuales, pero en general 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; mientras que en los países occidentales tiene una menor frecuencia, 1/1 500 embarazos, y solo entre el 5-10 % precisará tratamiento posterior por enfermedad trofoblástica persistente o malignización. Algunos estudios en Latinoamérica reportan cifras de 4,6/1 000 embarazos (7), esto es probablemente relacionado al subregistro debido a que algunos centros hospitalarios los especímenes de aborto o muestras de legrados de sangrado del primer trimestre no se envían al laboratorio histopatológico, por lo que se deja de diagnosticar un número desconocido (8). En Latinoamérica se desconoce la frecuencia de la enfermedad trofoblástica gestacional dado que la literatura aporta principalmente reportes de casos y experiencias institucionales. Diferentes estudios han reportado datos con incidencias que puedan tener relación con las condiciones propias de cada región, lo cual no es ampliamente estudiado (9). Se ha encontrado que en nuestro país existe una mayor concentración poblacional en edades jóvenes (5). Las neoplasias trofoblásticas gestacionales malignas

usualmente se diagnostican en pacientes con persistencia de Gonadotropina Coriónica Humana (GCH) después de un embarazo molar, aunque con alguna frecuencia se presentan en pacientes con síntomas pulmonares o neurológicos, debidos a metástasis después de un embarazo normal. Por tal razón, es muy importante que el médico mantenga un alto índice de sospecha (5).

Los pacientes con enfermedad trofoblástica se presentan más comúnmente con sangrado vaginal a principios de embarazo. Características previamente reportadas como anemia, útero de mayor tamaño, preeclampsia, hiperémesis, hipertiroidismo, y dificultad respiratoria, ahora son raros probablemente porque su uso de rutina de la ecografía que conduce a un diagnóstico (10).

El objetivo del presente estudio fue Identificar las características epidemiológicas y clínicas de las pacientes con diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional en la Clínica maternidad Rafael Calvo durante el periodo de enero de 2007 a mayo de 2018.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio de tipo descriptivo retrospectivo, en el que se tomó como población sujeto de estudio las historias clínicas con diagnostico histopatológico de enfermedad trofoblástica gestacional en la clínica maternidad Rafael calvo entre enero de 2007 a mayo de 2018. Se identificaran las historias clínicas con diagnostico histopatológico de enfermedad trofoblástica gestacional en la clínica maternidad Rafael Calvo durante el periodo de enero de 2007 a mayo de 2018 solicitando esta información en CENDIPAT (Centro de diagnóstico patológico del caribe), mediante la clasificación CIE-10; O010 Mola Hidatiforme clásica, O011 Mola Hidatiforme incompleta o parcial, O019 Mola Hidatiforme no especificada, C58 Coriocarcinoma y D39.2 Mola invasora. Posterior a esto solicitar dichas historias clínicas en el archivo de la Clínica maternidad Rafael Calvo de las cuales se obtendrá la información para la realización del formulario. Como criterios de

exclusión se tuvo en cuenta las historias clínicas con diagnostico histopatológico de enfermedad trofoblástica gestacional que no estuvieron disponibles en el archivo de historias clínicas de la clínica maternidad Rafael Calvo. Las variables fueron obtenidas de la información consignada en la historia clínica.

El análisis estadístico de la información relacionada con las variables de estudio se realizará de acuerdo a naturaleza de las variables y los criterios de normalidad definido según la prueba de Kolmogorov Smirnov, las variables cualitativas se analizarán mediante cálculo de frecuencias y proporciones, mientras que en las cuantitativas se calcularán medidas de tendencia central y dispersión. Las diferencias entre grupo de variables cualitativas se establecerán con la prueba estadística Chi cuadrado (X2) y la diferencia de promedios entre dos grupos se comparará mediante la prueba T student. En caso de ser necesario se utilizará las pruebas exactas de Fisher y la prueba de “U” de Mann-Whitney. El nivel de significancia estadística se definió en $p < 0.05$. El análisis estadístico de los datos se realizará empleando software de distribución gratuita como Epi Info v7.2 y EpiDat v4.1. La elaboración de tablas y graficas empleará el programa Microsoft Excel 2016.

Aspectos éticos: Según la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, título II, capítulo I que habla sobre las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, se establece el siguiente estudio como: Artículo 11. La presente investigación corresponde a un estudio Tipo a: Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, sicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

RESULTADOS

Entro enero de 2007 y mayo de 2018 en la Clínica maternidad Rafael Calvo se realizó diagnostico histopatológico de enfermedad trofoblástica gestacional en 185 pacientes, de las cuales se excluyeron 76 pacientes por no encontrarse la historia clínica disponible en el archivo. La población de estudio estuvo conformada por un total de 109 pacientes con un promedio de edad de 22 ± 7.7 años. La procedencia más frecuente fue urbana en el 74.3% de los casos. Se encontró que pacientes 5.5% tenían antecedente de enfermedad trofoblástica gestacional. 68% pacientes presentaron sangrado vaginal, 49% dolor abdominal, ninguna paciente presento dificultad respiratoria, 13.1% emesis, 8.2% fiebre, 5.5% cefalea, 4.58% Hipertensión arterial. (Figura 1) 27 pacientes tenían reporte de TSH dentro de las cuales 5 18% presentaban valores por debajo de 0.1.

La frecuencia de los subtipos de la enfermedad trofoblástica gestacional fue: mola completa 28.4% y mola incompleta, 71.6%. La distribución de la incidencia anual de enfermedad trofoblástica se muestra en la Tabla 1. La relación entre las variables generales y los subtipos de enfermedad trofoblástica se resumen en la Tabla 2.

La frecuencia de hallazgos ecográficos durante el estudio imagenologico de ingreso fue la siguiente: imagen compatible con panal de abejas 69.7%, imagen compatible con tormenta de nieve 11.9%, imágenes compatibles con restos ovulares 8.2%, imagen compatible con aborto incompleto 4.8%, estudio no conclusivo 3.6%, imagen compatible con aborto retenido 0.9%, imagen compatible con endometritis 0.9%, quistes tecaluteínicos 17%. La relación entre los parámetros bioquímicos de ingreso y los subtipos de enfermedad trofoblástica se muestra en la Tabla 3.

La distribución del tipo de legrado realizado en la población de pacientes fue: maduración y curetaje 66.9% y aspiración manual endouterina (AMEU) 33.1%. Existió requerimiento de un segundo legrado en el 6.6% de las pacientes, necesidad de histerectomía en el 2.8%, requerimiento de transfusión en 3.8% y hospitalización mayor a 72 horas en 17.4%.

DISCUSION

Diversos estudios coinciden que la enfermedad trofoblástica es más frecuente en los extremos de la edad reproductiva, particularmente en edades menores de 16 años y mayores de 50 años, los hallazgos encontrados en este estudio respecto a las adolescentes son similares a los descritos en la literatura, sin embargo solo se encontró una paciente de 50 años. R.R. Soares et colaboradores compararon la presentación clínica de mola hidatiforme completa entre adolescentes norteamericanas y sudamericanas. Encontrando que, 13.1% de las pacientes en Norteamérica y 30.9% de los pacientes en Sudamérica fueron adolescentes. Lo que sugiere que, en América del Sur, la conciencia sobre la importancia de diagnosticar el embarazo molar precoz debe aumentarse (6). En contraste, Grupos étnicos como los hispanos, asiáticos e indios americanos continúan teniendo un aumento riesgo de desarrollar enfermedad trofoblástica gestacional (7), Tratamos de describir el efecto potencial de la etnia/ raza en la presentación y el curso clínico de la mola completa y la mola parcial. A. Gockley et colaboradores categorizaron en grupos de raza / etnia a las pacientes con diagnóstico de mola completa y parcial entre 1994 hasta 2013 encontrando 57.48% raza blanca, 14.97% asiático, 14.37% negro, 13.17% hispano. Las hispanos eran más jóvenes con edad 24.5 años y tenían un riesgo significativamente menor de desarrollar enfermedad trofoblástica gestacional que los pacientes blancos (8).

Se ha demostrado que el riesgo de padecer una enfermedad trofoblástica recurrente es mayor después de haber presentado una enfermedad trofoblástica gestacional previa, siendo de 1,5% para una mola completa y 2,7% para una parcial. Este antecedente representa un alto riesgo comparado con el de la

población en general (1:1000 embarazos), es así que en las pacientes con molas a repetición se observa una incidencia de hasta tres veces más de desarrollar un tumor trofoblástico persistente (16, 22). En contraste el hallazgo de este factor de riesgo fue bajo probablemente por tratarse de un estudio retrospectivo.

El diagnóstico definitivo es histopatológico, encontramos que se presentaron varios casos en donde la sospecha clínica inicial no era el embarazo molar, para realizar un adecuado enfoque diagnóstico de se deben tener en cuenta características clínicas, imagenológicas y de laboratorio. La presentación clínica del embarazo molar parcial es una entidad que pasa inadvertida en la mayoría de los casos por su similitud a la de un aborto incompleto, dado por sangrado vaginal y dolor tipo cólico en hipogastrio (3,7). El aumento de la altura del fondo uterino es poco frecuente, de igual manera los quistes tecaluteínicos, el hipertiroidismo y la hiperémesis gravídica, rara vez se presentan en estos casos y la elevación en los niveles de β-hCG no es significativa (1). Con el advenimiento del examen ultrasonográfico de rutina en el primer trimestre, la mayoría de los embarazos molares se presentan con hallazgos de fracaso prematuro del embarazo. La imagen clásica de panal de abeja y tormenta de nieva continúan siendo el hallazgo más característico encontrado y de alta sospecha para enfermedad trofoblástica gestacional. Este diagnóstico precoz además trae como consecuencia la disminución de complicaciones y menor estancia hospitalaria.

Similar a lo encontrado en la literatura la evacuación quirúrgica de succión y curetaje es el método preferido de evacuación independientemente del tamaño uterino en pacientes con sospecha mola hidatiforme que quieren preservar la fertilidad, con la ventaja de que todos los productos de la concepción de embarazos no viables fueron sometidos examen histológico. (11,12,13).

Las limitaciones de este estudio son las propias de un estudio retrospectivo, con una población pequeña, pero al tratarse del primer estudio de muestre los resultados de las características clínicas de la enfermedad trofoblástica en el

caribe en la región caribe colombiana, se constituye en la base para futuros estudios prospectivos y analíticos en este campo.

BIBLIOGRAFIA

1. Michael J, Neil J, Ross S. Gestational trophoblastic disease. Lancet 2010; 376: 717–29.

2. Pierre-Adrien B, Jocelyne A, Jerome M, Michael J. Seckl L, et al consensus of the European Organisation for Treatment of Trophoblastic Diseases on management of gestational trophoblastic diseases. European Journal of Cancer (2015) 51, 1725– 1731.

3. Villegas-Mejía CR, Chacón-Cardona JA, Villegas-Jaramillo M. Enfermedad trofoblástica gestacional en un centro oncológico de Caldas – Colombia durante el periodo 2001 – 2014. MÉD.UIS. 2017;30(3):39-49.

4. Vázquez Y, Delgado L, Ramos L, Vázquez E, Brito A. Caracterización clínica de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional, en el Hospital Ginecobstétrico “Ramón González Coro”. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia 2014;40(3):319-325.

5. R. Soares et al. Complete molar pregnancy in adolescents from North and South America: Clinical presentation and risk of gestational trophoblastic neoplasia Gynecologic Oncology 142 (2016) 496–500.

6. Labrada A, Gómez M, Pavón Y. Enfermedad trofoblástica gestacional. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta 2014 septiembre Vol. 39, número 9.

7. Gockley AA, Joseph NT, Melamed A, et al. Effect of race/ethnicity on clinical presentation and risk of gestational trophoblastic neoplasia in patients with complete and partial molar pregnancy at a tertiary care referral center. Am J Obstet Gynecol 2016;215: 334.e1-6.

8. Braga A, Maestá I, Matos M, Kevin, Rizzo J, et al. Gestational trophoblastic neoplasia after spontaneous human chorionic gonadotropin normalization following molar pregnancy evacuation. Gynecol Oncol (2015); YGYNO-976051

9. Van S, Chris M.G, Michael A, McNall, L.M. Identification of patients with persistent trophoblastic disease after complete hydatidiform mole by using a normal 24-hour urine hCG regression curve. Gynecologic Oncology 133 (2014) 542–545.

10. Izildinha M, Ross S, Donald P, Marilyn R, Ramírez L, Neil S. Relationship between race and clinical characteristics, extent of disease, and response to chemotherapy in patients with low-risk gestational trophoblastic neoplasia. Gynecologic Oncology 138 (2015) 50–54.

11. Marzo CV, Thompson K, Tauchi-Nishi P. Epidemiology of gestational trophoblastic disease in Hawaii: A retrospective review. Gynecologic Oncology 137 (2015) 92–179.

12. Mahmood B, Masoumeh M, Parichehr K, Abbas A, Mohammd AlI, Sepideh A, Fatemeh S. Postmolar gestational trophoblastic neoplasia: beyond the traditional risk factors. Fertility and Sterility SEPTEMBER 2015VOL. 104 NO. 3.

13. Ming L. Gestational trophoblastic neoplasia-pathogenesis and potential therapeutic targets. Lancet Oncol 2007; 8: 642–50.

14. Shanbhogue N, Neeraj L, Christine O. Gestational Trophoblastic Disease. Radiol Clin N Am 51 (2013) 1023–1034.

15. Peralta M, Alanis P, Cruz. GPC Diagnostico y tratamiento de la enfermedad trofoblástica gestacional. Mexico, secretaria de salud 2009.

16. Miura K, Hasegawa Y, Abe S, Miura S, Mishima H, Kinoshita A, et al Clinical applications of analysis of plasma circulating complete hydatidiform mole pregnancy-associated miRNAs in gestational trophoblastic neoplasia: A preliminary investigation. Placenta 35 (2014) 787e789.

17. Goldstein D, Berkowitz R. Current Management of Gestational Trophoblastic Neoplasia. Hematol Oncol Clin N Am 26 (2012) 111–131.

18. Tse K, Chan K, Tam K, Ngan H. Current management of gestational trophoblastic Disease. obstetrics, gynaecology and reproductive medicine 2014 25:1.

19. Victor C, Oscar G.W, Michelle K.Y, Esther S, Hextan Y.S. et al. Is Overexpressed in Gestational Trophoblastic Disease and Promotes Tumor Growth and Cell Aggressiveness of Choriocarcinoma via PI3K/Akt Signaling. The American Journal of Pathology, 2015 July Vol. 185, No. 7.

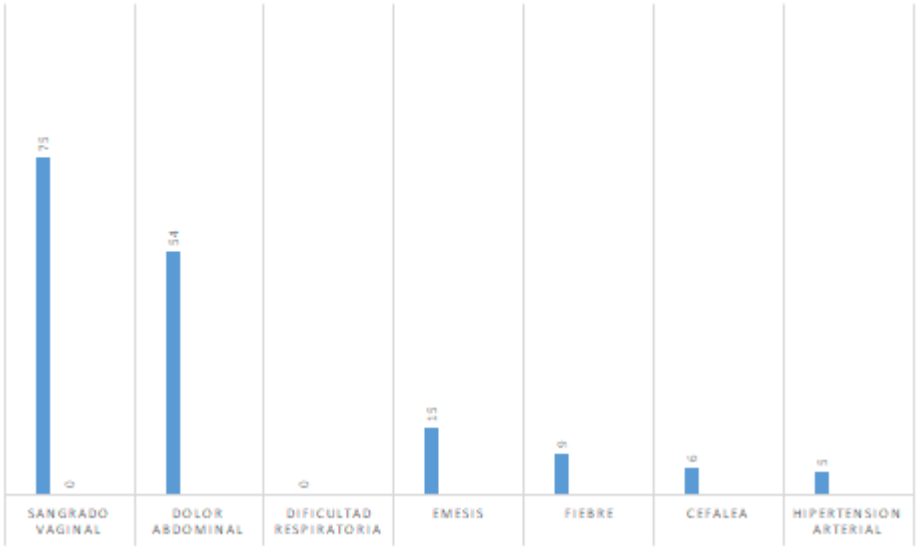
20. Alampady K.P. Gestational Trophoblastic Disease Radiol Clin N Am 51 (2013) 1023–1034.

21. Parker et al. Classification systems in Gestational trophoblastic neoplasia – Sentiment or evidenced based? Cancer Treatment Reviews 56 (2017) 47–57.

22. J. Brown, R. Wendel. 15 years of progress in gestational trophoblastic disease: Scoring, standardization, and salvage. Gynecologic Oncology 144 (2017) 200–207.

FIGURAS

FIGURA 1. RESULTADOS DE SINTOMATOLOGÍA CLÁSICA DE ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL.



TABLAS

Tabla 1. Incidencia anual de enfermedad trofoblástica en la E.S.E. Clínica Maternidad Rafael Calvo.

	Frecuencia	Porcentaje
2007	3	2,7
2008	5	4,6
2009	11	10,1
2010	9	8,2
2011	4	3,7
2012	5	4,6
2013	3	2,7
2014	16	14,7
2015	19	17,5
2016	19	17,5
2017	12	11,0
2018	3	2,7
Total	109	100,0

Tabla 2. Relación entre variables generales y subtipos de enfermedad trofoblástica.

	Mola Completa	Mola Incompleta	Total	p valor
Edad (años)	24.7 ± 7.1	22.6 ± 8.1	22.0 ± 7.7	0.691
Procedencia (rural / urbana)	9 (39.1) / 19 (60.9)	22 (27.1) / 59 (72.9)	31 (28.4) / 78 (71.6)	0.537
Edad Gestacional (semanas)	11.4 ± 3.5	12.9 ± 4.3	11.4 ± 4.2	0.092
Antecedente	0 / 28 (0.0)	5 / 81 (6.1)	5 / 109 (4.5)	0.180
Gravidez	2 (1 – 8)	2 (1 – 10)	2 (1 – 10)	0.537
Paridad	1 (0 – 4)	1 (0 – 8)	1 (0 – 8)	0.538
Abortos	1 (0 – 3)	1 (1 – 3)	1 (0 – 3)	0.224
Cesáreas	1 (0 – 2)	1 (0 – 2)	1 (0 – 2)	0.442
Sangrado vaginal	20 / 28 (71.4)	53 / 81 (65.4)	73 / 109 (66.9)	0.733
Dolor abdominal	12 / 28 (42.9)	40 / 81 (59.4)	52 / 109 (47.7)	0.444
Disnea	0 / 28 (0.0)	0 / 81 (0.0)	0 / 109 (0.0)	-
Emesis	5 / 28 (17.9)	10 / 81 (12.3)	15 / 109 (13.8)	0.512
Fiebre	2 / 28 (7.2)	7 / 81 (8.6)	9 / 109 (8.3)	0.766
Cefalea	3 / 28 (10.7)	3 / 81 (3.7)	6 / 109 (5.5)	0.177
Hipertension	2 / 28 (7.2)	4 / 81 (4.9)	6 / 109 (5.5)	0.692

Tabla 3. Relación entre los parametros bioquímicos de ingreso y los subtipos de enfermedad trofoblástica

	Mola Completa	Mola Incompleta	Total	p valor
Hemoglobina	10.7 ± 1.68	10.9 ± 1.47	10.4 ± 2.48	0.561
Hematocrito	33.15 ± 5.91	32.78 ± 5.21	30.99 ± 7.55	0.808
Leucocitos	8930 ± 2180	9440 ± 1910	9570 ± 1810	0.256
Neutrófilos	64.4 ± 7.5	66.1 ± 23.3	69.4 ± 7.4	0.908
Plaquetocrito	268700 ± 46940	250300 ± 43880	250700 ± 39140	0.064
Aspartato aminotransferasa	33.4 ± 16.9	34.4 ± 24.8	34.1 ± 15.2	0.854
Alanina aminotransferasa	35.7 ± 24.3	37.9 ± 31.8	41.2 ± 31.7	0.743
Gonadotrofina Coriónica Humana	132000 ± 28890	118200 ± 13540	184010 ± 21800	0.606