



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POST GRADO  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



**ENFERMEDAD TROFOBLASTICA GESTACIONAL EN MATERIAL DE  
LEGRADO UTERINO EN PACIENTES INGRESADAS EN LA  
EMERGENCIA OBSTÉTRICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR.  
ÁNGEL LARRALDE” FEBRERO – JULIO 2015**

Barbula, Septiembre 2015



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POST GRADO  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



**ENFERMEDAD TROFOBLASTICA GESTACIONAL EN MATERIAL DE  
LEGRADO UTERINO EN PACIENTES INGRESADAS EN LA  
EMERGENCIA OBSTÉTRICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR.  
ÁNGEL LARRALDE” FEBRERO – JULIO 2015**

**Autor: Brinaska Velásquez, Médico Cirujano**

**Tutor Clínico: Dra. Migdalia Medina**

**Tutor Metodológico: Amílcar Pérez**

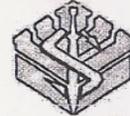
**Bárbula, Septiembre 2015**

Universidad de Carabobo



Valencia – Venezuela

Facultad de Ciencias de la Salud



Dirección de Asuntos Estudiantiles  
Sede Carabobo

## ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

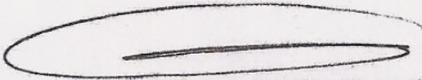
### ENFERMEDAD TROFOBLASTICA GESTACIONAL EN MATERIAL DE LEGRADO UTERINO EN PACIENTES INGRESADAS EN LA EMERGENCIA OBSTÉTRICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE FEBRERO - JULIO 2015.

Presentado para optar al grado de **Especialista en Obstetricia y Ginecología** por el (la) aspirante:

**VELASQUEZ O., BRINASKA N.**  
C.I. V – 17421503

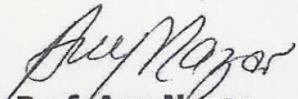
Habiendo examinado el Trabajo presentado, decidimos que el mismo está **APROBADO.**

En Valencia, a los dieciséis días del mes de octubre del año dos mil quince.

  
**Prof. Gonzalo Medina (Pdte)**

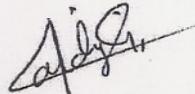
C.I. 483890

Fecha 16-10-15

  
**Prof. Any Nazar**

C.I. 12525276

Fecha 16.10.2015

  
**Prof. Rosa Alba Cardozo**

C.I. 5494337.

Fecha 16/10/2015.

TG: 60-15

## ÍNDICE GENERAL

Portada .....	i
Título.....	ii
Constancia de Aprobación.....	iii
Índice general.....	iv
Resumen.....	v
Abstract.....	vi
Introducción.....	1
Materiales y Métodos.....	11
Resultados Análisis y Discusión.....	12
Conclusiones.....	19
Referencias Bibliográficas.....	20
Anexo A Consentimiento Informado .....	22
Anexo B Ficha de Registro.....	23



Universidad de Carabobo  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Dirección de Estudios de Postgrado  
Programa de especialización en Ginecología y Obstetricia  
Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde



## ENFERMEDAD TROFOBLASTICA GESTACIONAL EN MATERIAL DE LEGRADO UTERINO EN PACIENTES INGRESADAS EN LA EMERGENCIA OBSTÉTRICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”. FEBRERO – JULIO 2015

Autor: Velasquez, Brinaska  
Valencia, Septiembre 2015

### RESUMEN

La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) comprende alteraciones placentarias de distintas variedades histológicas que se distinguen por degeneración hidrópica y tumefacción de las vellosidades coriónicas. **Objetivo General:** Determinar la incidencia de (ETG) en material de Legrado Uterino en pacientes ingresados en la emergencia del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde. **Metodología:** se trata de un estudio de tipo Observacional – descriptivo; con un diseño de tipo no experimental, transversal y prospectivo. La muestra utilizada fue no probabilística de voluntarias (n=70). Para la recolección de los datos se utilizó la técnica de la observación directa para la toma de datos y de muestras. Se determinó la presencia de (ETG) mediante el estudio anatomopatológico y se objetivó la información en fichas de registro. Se analizaron los datos con las técnicas de la estadística descriptiva bivariada a partir de tablas de contingencia. **Resultados:** Se estudiaron 70 muestras cuya edad promedio fue 26,53 años. El 90% (63 casos) no tenían antecedentes de abortos, el motivo de consulta más frecuente fue el hallazgo ecográfico (90%=63casos). El hallazgo ecográfico mayormente reportado fue el aborto incompleto (90%=63 casos). El resultado anatomopatológico más común, fue restos ovulares (75,71%=53 casos) seguida por decidua con hemorragia y fenómeno de Arias Stella (FAS) (17,14%=12 casos), material hemático 3 casos (4,29%) y por ultimo (FAS) más Ca in situ de cuello uterino y (ETG) 1 caso de cada uno (1,43%) **Conclusión:** Los hallazgos obtenidos de esta investigación nos aproximan a la descripción de un perfil epidemiológico de riesgo para esta enfermedad: paciente joven perteneciente a estrato socioeconómico bajo con antecedente de 2 gestaciones o más que consulta con diagnostico ecográfico de aborto incompleto con clínica de ginecorragia.

**Palabras claves:** Enfermedad Trofoblastica Gestacional, Legrado uterino, Estudio histopatológico



University of Carabobo  
Faculty of Health Sciences  
Directorate of Postgraduate Studies  
Specialization Program in Obstetrics and Gynecology  
University Hospital Dr. Angel Larralde



## **GESTATIONAL TROPHOBLASTIC DISEASE CURETTAGE MATERIAL IN PATIENTS ENTERED IN THE UNIVERSITY HOSPITAL OBSTETRIC EMERGENCY "DR. ANGEL LARRALDE ". FEBRUARY - JULY 2015**

**Author:** Velasquez, Brinaska  
**Valencia,** September 2015

### **ABSTRACT**

Gestational trophoblastic disease (GTD) comprises different histological alterations in placental varieties are distinguished by hydropic degeneration and swelling of the chorionic villi. **General Objective:** To determine the incidence of (TSG) in material Curettage in patients admitted to the Emergency Hospital Universitario Dr. Angel Larralde. **Methodology:** This is an observational study - descriptive; with no design experimental, transversal and prospective. The sample was not probabilistic volunteers (n = 70). The technique of direct observation for data acquisition and sample was used for data collection. The presence of (TSG) was determined by pathologic examination and information on registration forms was observed. Data were analyzed with descriptive statistics techniques from bivariate contingency tables. **Results:** 70 samples were studied whose average age was 26.53 years. 90% (63 cases) had no history of abortions, the most frequent reason for consultation was the ultrasound finding (90% = 63casos). The ultrasound finding was reported mostly incomplete abortion (90% = 63 cases). The most common pathologic diagnosis was POC (75.71% = 53 cases) followed by bleeding and decidua Arias Stella phenomenon (FAS) (17.14% = 12 cases), hematic material 3 cases (4.29%) and finally (FAS) more Ca in situ of the cervix and (TSG) 1 case of each (1.43%) **Conclusion:** The results of this research bring us to the description of an epidemiological risk profile for this Disease: Patient young belonging to low socioeconomic status with a history of two or more pregnancies consulting with ultrasound diagnosis of incomplete abortion with ginecorrágia clinic.

**Keywords:** gestational trophoblastic disease, uterine curettage, histopathological study.

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) incluye un conjunto de procesos benignos y malignos poco habituales, derivados de una proliferación anormal del trofoblasto de la placenta humana (hiperplasia) y del genoma paterno, con una contribución materna ocasional. La ETG se clasifica en enfermedades molares: Incluye la mola hidatiforme completa invasiva o no, la mola parcial y los no morales que incluye tumores trofoblásticos gestacionales, coriocarcinoma y tumor del lecho o sitio placentario (TSP). Es extremadamente raro encontrar trastornos similares en otras especies diferentes a la humana. Estas enfermedades se consideran peculiares, ya que el producto de la concepción a partir del cual se originan, es genéticamente extraño al anfitrión materno<sup>1</sup>.

La ETG representa un espectro único de patologías interrelacionadas con el denominador común de una hipersecreción de gonadotropina coriónica (HCG), que constituye un marcador tumoral sensible que se correlaciona bien con la progresión y persistencia de la enfermedad, excepto el TSP que produce lactógeno placentario (HPL), con tendencias variables a la invasión local y a las metástasis, incluso en casos de extensa diseminación<sup>2</sup>.

La misma tiene una frecuencia de presentación muy variable en diferentes partes del mundo. Oscilan entre 23 a 465/100,000 embarazos resaltando México en 240/100,000. Respecto al coriocarcinoma se presenta de 2 a 7/100,000 en Estados Unidos y América Latina y 1,754/100,000 en Indonesia<sup>2</sup>.

En Venezuela la incidencia promedio es 1 por 947 embarazos. Es de suma importancia comprender que posterior a un embarazo molar, el riesgo de un segundo embarazo molar es del 1% al 2% (esto es, un embarazo molar en 1 a 2/100 embarazos) y, después de un segundo embarazo molar el riesgo de un tercero es del 20% (1/5 embarazos). Alrededor del 20% de las pacientes que han tenido una mola hidatiforme desarrollarán un tumor trofoblástico de la gestación metastásico o no

metastásico. Sin embargo, el riesgo de que se produzca un coriocarcinoma alcanza el 3 a 5%<sup>3</sup>.

Esta entidad puede ser enmascarada como un aborto incompleto; por tanto el material proveniente del legrado uterino debe ser siempre valorado histológicamente. Es importante recalcar que a pesar de que la mayoría de las ETG posee un potencial de malignidad bajo, la enfermedad trofoblástica de la gestación puede evolucionar y eventualmente presentar metástasis.

El diagnóstico es mediante la ecografía transvaginal, la medición de HCG y la biopsia es lo que sella el diagnóstico. Cuando se combina la titulación de HCG (límite: 82350 UI/L) con la ultrasonografía, se llega a un 89 % de diagnósticos correctos<sup>3</sup>. La HCG es gonadotropina coriónica humana (HCG) una hormona glicoproteica producida por el tejido trofoblástico<sup>4</sup>.

En las ETG no molares el tratamiento quirúrgico de elección es la histerectomía dado el riesgo de metástasis y la pobre respuesta a quimioterapia. Si se desea conservar el útero el agente de elección en el tratamiento quimioterápico es el metotrexate o la actinomicina D. Cuando hay metástasis puede utilizarse el tratamiento combinado. La sobrevida supera el 90 %. La radioterapia se reserva para aquellas pacientes con metástasis hepáticas<sup>5,6</sup>.

Es importante mencionar la necesidad de implementar estudios en nuestra población, que permitan determinar con precisión cual paciente está cursando con una enfermedad trofoblástica metastásica para así establecer el prototipo de paciente que requieran un seguimiento exhaustivo mediante controles séricos de gonadotropina coriónica, y plantear esquemas menos rígidos para aquellas pacientes con bajo riesgo y pobre nivel socio-económico. El objetivo de esta investigación es Determinar la incidencia de la Enfermedad Trofoblástica en material de Legrado Uterino en pacientes ingresados en la emergencia del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde en el periodo febrero 2015- julio 2015

Dada la importancia de esta enfermedad, existen diversos estudios entre los que se destaca el realizado en el Hospital de Especialidades del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) cuyo objetivo fue determinar el porcentaje de huevo anembrionado con características histológicas de mola hidatidiforme. Los resultados encontrados fueron edad promedio de 29.36 años, el 50% de los casos con edades entre los 20 y 22 años, 78% de casos fueron múltiparas. El 100% de los casos con diagnóstico de vellosidad hidrópica se realizó en pacientes con edad entre 20-34 años, con 10.7% (10/94) casos, con multiparidad 60% (6/10) casos. De acuerdo al reporte histopatológico de la biopsia tomada durante el legrado uterino, el mayor porcentaje de diagnósticos correspondió a los restos placentarios con 62/94 (66%), seguido por vellosidad hidrópica en 10 casos (10.6%) y endometrio secretor (10.6%), el 72% (68/94) de los casos no presentan el antecedente de aborto previo, Se encontró asociación entre el factor de multiparidad y el diagnóstico de vellosidad hidrópica por histopatología<sup>7</sup>.

En un estudio realizado en el Hospital General Regional núm. 45 del IMSS en Guadalajara, Jalisco, cuyo objetivo fue comunicar la incidencia de enfermedad trofoblástica gestacional en un hospital general. se calculó la incidencia por número de nacimientos, abortos y embarazos atendidos. Se encontraron 142 casos de enfermedad trofoblástica gestacional. La incidencia fue de 1:243 nacimientos y de 1:31 abortos (1:274 embarazos). La edad promedio de las pacientes fue de 27.1 años (15 a 50). En 67% de los casos no hubo sospecha clínica. Concluyen señalando que el estudio histopatológico rutinario de especímenes de abortos permite calcular de manera precisa la incidencia de enfermedad trofoblástica gestacional<sup>8</sup>.

Otro estudio realizado Hospital Central Universitario "Antonio María Pineda" (HCUAMP) su objetivo fue determinación histológica de enfermedad trofoblástica gestacional en material proveniente de legrado uterino La muestra estuvo conformada por 512 pacientes, Se encontró 5 casos de ETG, el 100% correspondió a mola incompleta o parcial. El promedio de edad de las pacientes fue de 22.8 años y el 60%

tenía entre 24 y 33 años. Con respecto a los antecedentes obstétricos ninguna paciente tuvo aborto, embarazo ectópico o embarazo molar y el 60% tenían 3-4 partos. El sangrado genital fue el principal motivo de consulta. En cuatro casos se evidenció macroscópicamente vesículas y en sólo uno de estos la presencia de feto. El diagnóstico clínico fue en un caso aborto incompleto, en dos casos embrión muerto retenido y en dos casos se planteó la duda diagnóstica aborto incompleto/ embarazo molar. La frecuencia de ETG fue de 1 mola por cada 102 abortos. Los mismos concluyen señalando que aunque el estudio histológico sistemático del material obtenido por legrado se dificulta en centros como el HCUAMP por la elevada frecuencia de estos, se debería realizar de rutina en determinados casos para conocer la incidencia real de ETG y brindar un mejor y adecuado diagnóstico, seguimiento y tratamiento a estas pacientes<sup>9</sup>.

En un estudio realizado en la maternidad "Concepción Palacios". Su Objetivo fue evaluar histológicamente el material obtenido por legrado uterino, De las 514 pacientes evaluadas, 144 (28,01%) tenían entre 21 y 25 años y 192 (37,35%) eran multíparas. Cinco pacientes (0,97%) tuvieron antecedente de enfermedad molar. Trescientas setenta y ocho (73,54%) pacientes consultaron por hemorragia. La agrupación histopatológica en 4 categorías demostró aborto incompleto en 296 casos (57,58%), aborto no confirmado en 188 (36,58%), ocho casos fueron catalogados como enfermedad trofoblástica de la gestación (1,55%): mola parcial en 6 casos (1,16%), un caso de probable coriocarcinoma y otro de tumor trofoblástico del lecho placentario; doce casos (2,33%) correspondieron a otras patologías y en 10 casos el material resultó inadecuado. La mola parcial es una entidad que en la muestra estudiada se presentó con una incidencia de 1,16 por cada 100 abortos incompletos<sup>10</sup>.

En otro estudio realizado en Hospital Nacional Cayetano Heredia. Con el objetivo de evaluar aspectos clínicos y epidemiológicos de la enfermedad trofoblástica, se revisaron 113 historias clínicas de pacientes con Enfermedad Trofoblástica Gestacional (ETG). La frecuencia fue significativamente mayor en las gestantes

mayores de 40 años (22.9 por 1000 partos). La ginecorragia fue el signo de presentación más frecuente (90.6%), seguido por desproporción altura uterina-tiempo de amenorrea (39.82%) e hiperemesis gravídica (29.20%). El legrado uterino fue el único tratamiento empleado en el 76.80% de las pacientes. Se registraron 3 casos de coriocarcinoma, en 17 pacientes se registró actividad trofoblástica persistente en el seguimiento post-evacuación, y en 5 se evidenciaron lesiones radiológicas compatibles con metástasis pulmonares. No se encontró asociación entre los factores pronóstico reconocidos en la literatura y la persistencia de actividad trofoblástica en estas pacientes<sup>11</sup>.

## MATERIALES Y MÉTODOS

El presente trabajo es de tipo descriptivo, se regirá por un diseño de investigación no experimental, prospectivo, con corte transversal, la población estuvo conformada por las pacientes ingresadas a la emergencia obstétrica del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde en el periodo de febrero – julio 2015. La muestra es de tipo no probabilística y estuvo conformada por las pacientes que acudieron a la emergencia y contaban con los criterios de inclusión que fueron: Tener resultado ultrasonográfico de huevo anembrionado, aborto incompleto, embrión muerto retenido y el reporte histopatológico de muestra enviada a patología<sup>12</sup>.

Para la recolección de datos se creó un instrumento a partir de las variables tomadas de la historia clínica y entrevista a las pacientes, previo consentimiento firmado. El instrumento consta de variables para la consignación de datos generales, historia ginecobstétrica, reporte ultrasonográfico e histopatológico<sup>13</sup>.

Una vez recopilados los datos fueron sistematizados en una tabla maestra en Microsoft®Excel para luego se presentaron a partir de las técnicas estadísticas descriptivas presentarlos en tablas de distribuciones de frecuencia y de contingencia según los objetivos específicos propuestos. A la variable edad se le calculo media aritmética  $\pm$  error estándar, valor mínimo, máximo y coeficiente de variación.

Se comparó la edad según el resultado anatomopatológico a partir del análisis de varianzas (ANOVA); se comparó el número de abortos y las gestas según el resultado anatomopatológico a partir del la prueba Kruskal Wallis para comparación de medianas. Para tales fines se utilizó el procesador estadístico Statgraphics plus 5.1 adoptandose como nivel de significancia estadística P valores inferiores a 0,05 (P < 0,05).

## RESULTADOS ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

**TABLA 1**  
**CARACTERIZACION DE LA MUESTRA SEGÚN EDAD ANTECEDENTES**  
**MOTIVO DE CONSULTA HALLAZGO ECOGRAFICO E HISTOLOGICOS**

<b>Edad</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
16 – 24	31	44,29
25 – 33	30	42,86
34 – 42	9	12,86
<b>Ant. Aborto</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
No	63	90
SI	7	10
<b>Gestas</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
1	28	40
2	18	27,14
3	11	15,71
>3	12	17,14
<b>Motivo de consulta</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Hallazgo Ecográfico	63	90
Sangrado Genital	7	10
<b>Hallazgo Ecográfico</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Aborto Incompleto	63	90
Embrión Muerto Retenido	3	4,29
Huevo Anembrionado	3	4,29
Aborto Incompleto vs Embarazo Molar	1	1,43
<b>Hallazgo Anatomopatológico</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Restos Ovulares	53	75,71
Decidua con Hemorragia y Fenómeno Arias Stella	12	17,14
Material Hemático	3	4,29
Enf. trofoblástica	1	1,43
Fenómeno Arias Stella + CA Cuello In Situ	1	1,43
Total	70	100

Fuente: Datos propios del investigador (Velásquez; 2015)

Se estudiaron 70 muestras obtenidas de material proveniente de legrado uterino correspondientes a pacientes con edad promedio de 26,53 años  $\pm$  0,74, variabilidad promedio de 6,18 años, una edad mínima de 16 años y una edad máxima de 41 años con un coeficiente de variación de 23% (serie homogénea entre sus datos) Siendo más frecuentes aquellas embarazadas con rangos de edad comprendido entre 16 y 24 años (44,29%= 31 casos) seguidas por aquellas con 25 y 33 años (30 casos). El 90% (63 casos) no tenían antecedentes de abortos previos, el motivo de consulta más frecuente fue el diagnóstico ecográfico sugestivo de aborto (90%=63casos). El hallazgo ecográfico mayormente reportado fue el aborto incompleto (90%=63 casos) seguido de embrión muerto retenido y huevo anembrionado con 3 casos cada uno (4,29%). El resultado anatomopatológico más común, fue restos ovulares (75,71%=53 casos) seguida por decidua con hemorragia y fenómeno de Arias Stella (17,14%=12 casos), material hemático 3 casos (4,29%) y por último fenómeno Arias Stella más Ca in situ de cuello uterino y enfermedad trofoblástica gestacional 1 caso de cada uno (1,43%). estos datos concuerdan con estudios realizados a nivel de Latinoamérica los cuales reportan características similares en cuanto a edad y antecedente gineco-obstétricos, si bien la literatura señala como edad de aparición de la enfermedad trofoblástica al inicio y al final de la edad reproductiva, se hace necesario considerar que en esta investigación se trabajó con el material de aquellas pacientes que consultaron por ginecografía o clínica de aborto por lo que cabría esperar esta distribución etaria, siendo los patrones de referencia para este trabajo las investigaciones a nivel de Latinoamérica es lógico esperar coincidencias en relación a la caracterización epidemiológica de la población.

**TABLA N° 2**

**DISTRIBUCION DE LA MUESTRA SEGÚN EDAD Y RESULTADO ANATOMOPATOLÓGICO. EMERGENCIA OBSTÉTRICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE” PERIODO FEBRERO – JULIO 2015**

Resultado	Decidua con hemorrag + FAS		Enf. trofoblastic a		Fenómeno arias stell + CA cuello		Material hemático		Restos ovulares		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
16 – 24	5	7,14	1	1,43	0	0	3	4,29	22	31,43	31	44,29
25 – 33	7	10	0	0	0	0	0	0	23	32,86	30	42,86
34 – 42	0	0	0	0	1	1,43	0	0	8	11,43	9	12,86
Total	12	17,14	1	1,43	1	1,43	3	4,29	53	75,71	70	100
$\bar{X} \pm Es$	26,3 ± 1,12		20,0		36,0		22,3 ± 1,20		26,75 ± 0,91		F= 1,25; P= 0,2990	

Fuente: Datos propios del investigador (Velásquez; 2015)

Al relacionar la edad de las pacientes con los diagnósticos histopatológicos, se observa que la presencia de restos ovulares fue el hallazgo más frecuentemente reportado en las muestras provenientes de material de legrado uterino en embarazadas con edades entre 25 y 33 años (32,86%=23 casos). Una muestra procedente de una paciente con 20 años reporto enfermedad trofoblástica gestacional lo que corresponde al 1,43%. Una muestra procedente de paciente con 36 años reporto Fenómeno Arias Stella + CA cuello (1,43%). 3 muestras (4,29%) correspondiente a pacientes con edades entre 16 y 24 años reportaron material hemático; seguida por aquellas muestras que reportaron restos ovulares (75,71%=53 casos) distribuidas en pacientes con edades menores a 33 años. A pesar de que desde el punto de vista estadístico tales diferencias no fueron significativas ( $P > 0,05$ ), desde el punto de vista clínico se evidencia que aquellas pacientes con edades inferiores a los 33 años presentan mayor posibilidad de hallazgos histopatológico compatibles con restos ovulares. La incidencia de enfermedad trofoblástica gestacional se estimó en 1,8 por cada 100

abortos (1,43%=1 caso). Estos resultados coinciden con otras investigaciones a nivel de Latinoamérica que reportan enfermedad trofoblástica gestacional en porcentajes muy cercanos a los obtenidos en este trabajo. Llama la atención un estudio realizado en la maternidad concepción palacios los cuales reportaron un porcentaje de enfermedad trofoblástica gestacional en 0,9% (y una incidencia de 1,16 casos por cada 100 abortos) muy por debajo de la señalada por nosotros. La enfermedad trofoblástica gestacional está asociada a condiciones socioeconómicas bajas, malnutrición, multiparidad, se sabe que la calidad de vida del venezolano ha disminuido en los últimos 10 años, unido a esto la mayoría de las pacientes que se atienden en hospitales públicos pertenecen a los estratos socioeconómicos III y IV, esto pudiese explicar las cifras encontradas. Cabe señalar el hallazgo de Ca in situ, a pesar de que no fue el objetivo de esta investigación, este confirma la importancia de la realización de estudios anatomopatológicos a toda muestra obtenida de legrado uterino.

**TABLA N° 3**

**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN EL NÚMERO DE GESTAS Y RELACION CON EL RESULTADO ANATOMOPATOLÓGICO. EMERGENCIA OBSTÉTRICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE” PERIODO FEBRERO – JULIO 2015**

Resultado	Decidua		Fenómeno									
	con		Enf.		Arias		Material		Restos		Total	
	hemorragia	+ FAS	trofoblástica		Stella +	CA cuello	hemático		ovulares			
Gestas	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1	6	8,57	0	0	0	0	2	2,86	20	28,57	28	40
2	2	2,86	1	1,43	0	0	0	0	16	22,86	19	27,14
3	2	2,86	0	0	1	1,43	0	0	8	11,43	11	15,72
>3	2	2,86	0	0	0	0	1	1,43	9	12,86	12	17,14
Total	12	17,14	1	1,43	1	1,43	3	4,29	53	75,71	70	100
Xd - RI	1,5 – 2,0		2,0 – 0		3 – 0		1 – 5		2 – 2		KW= 1,13 P= 0,8887	

Fuente: Datos propios del investigador (Velásquez; 2015)

Relacionando el número de gestaciones con el resultado anatomopatológico se observa que el 60% de las muestras estudiadas provenientes de legrado uterino correspondieron a mujeres con antecedentes de 2 o más gestaciones (42 casos) entre ellas se destaca la muestra que reporto enfermedad trofoblastica gestacional (1,43%) y la que reportó fenómeno de Arias Stella y Ca. in situ de cuello uterino (1,43%). 33 muestras reportaron como hallazgo histológico restos ovulares (47,15%) y 7 casos reportaron decidua con hemorragia más fenómeno de Arias Stella y restos hemáticos. En las muestras de pacientes reportadas como I gesta, fueron más frecuentes los hallazgos de restos ovulares (28,57%=20 casos), seguido por decidua con hemorragia y fenómeno de Arias Stella (Endometrio Secretor). Al sumar el número total de casos independientemente del número de gestaciones, reportados como fenómeno de Arias Stella, restos hemáticos y otros se obtiene un total de 24,29% lo que corresponde a 17 casos. Comparando estos datos con estudios internacionales se observa como a mayor número de gestaciones, existe mayor posibilidad de aparición de enfermedad trofoblastica gestacional. A pesar de que el 90% de las pacientes fueron ingresadas con diagnostico sugestivo de aborto por ecografía, se confirmó el mismo desde el punto de histopatológico en el 75,71% de los casos, muy por encima del resto de las investigaciones que demostraron diagnóstico de aborto en promedio en 62%.

**TABLA N° 4**

**DISTRIBUCION DE LA MUESTRA SEGÚN PARIDAD Y RESULTADO ANATOMOPATOLÓGICO. EMERGENCIA OBSTÉTRICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE” PERIODO FEBRERO – JULIO 2015**

Resultado	Decidua				Fenómeno				Total			
	con hemorrag + FAS		Enf. trofoblastica		arias stell + CA cuello		Material hemático		Restos ovulares			
Paridad	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Primigesta	6	8,57	0	0	0	0	2	2,86	20	28,57	28	40
Múltipara	6	8,57	1	1,43	1	1,43	1	1,43	33	47,14	42	60
Total	12	17,14	1	1,43	1	1,43	3	4,29	53	75,71	70	100

Fuente: Datos propios del investigador (Velásquez; 2015)

Al relacionar la paridad con los hallazgos histopatológicos se observa que el 40% de las muestras pertenecientes a pacientes primigestas reportaron como hallazgo histopatológico restos ovulares en un 28,57% (20 casos), 2,86% (2 casos) material hemático, 8,57% (6 casos) decidua con hemorragia más FAS. El 60% de las muestras pertenecientes a pacientes múltiparas, reportaron como hallazgo anatomopatológico restos ovulares (47,14%=33 casos), decidua con hemorragia más FAS 8,57% de los casos, en este grupo se encontró el caso de enfermedad trofoblastica gestacional (1,43%) y el caso de Fenómeno de Arias Stella Y Ca in situ. Tales diferencias no fueron estadísticamente significativas ( $P > 0,05$ ). Sin embargo en la literatura consultada se señala como factor de riesgo la multiparidad. Estudios a nivel nacional reportan multiparidad en el 37,35% de las pacientes muy por debajo de los resultados obtenidos en esta investigación. Estos resultados hacen suponer que la multiparidad en nuestro país no es un factor directamente atribuible a la aparición de enfermedad trofoblastica, lo que implica profundizar en el estudio de los factores de riesgo implicados en el diagnóstico de esta enfermedad.

## CONCLUSIONES

- 1) El 87,15% de las muestras provenientes de legrado uterino provenían de pacientes menores de 33 años.
- 2) El 60% de las pacientes reportaron más de 2 gestaciones de estas 17,14% reportaron más de 3 gestaciones.
- 3) El motivo de consulta más común fue el hallazgo ecográfico sugestivo de aborto incompleto en un 90% y el sangrado genital en un 10%.
- 4) Se reportó el hallazgo ecográfico de enfermedad trofoblástica gestacional vs aborto incompleto en 1,43% de los casos.
- 5) El diagnóstico anatomopatológico más frecuentemente reportado fueron restos ovulares en un 75,71%. Material hemático y endometrio secretor en 21,43% de los casos (pacientes menores de 33 años). FAS más Ca in situ cervical 1,43% (paciente con 36 años de edad) y enfermedad trofoblástica gestacional: mola parcial en 1,43% (paciente con 20 años de edad)
- 6) El 60% de las pacientes tenían antecedentes de multiparidad sin embargo desde el punto de vista estadística no hubo relación significativa con la ocurrencia de enfermedad trofoblástica.
- 7) La enfermedad trofoblástica gestacional registro una incidencia de 1,8 por cada 100 abortos en esta investigación.

La enfermedad trofoblástica gestacional ha sido considerada por algunos autores como parte de las llamadas enfermedades de la pobreza, por lo que en el estudio de los factores de riesgo no pueden dejar de considerarse aquellos pertenecientes al ámbito social. Los hallazgos obtenidos de esta investigación nos aproximan a la descripción de un perfil epidemiológico de riesgo para esta enfermedad: paciente joven perteneciente a estrato socioeconómico bajo con antecedente de 2 gestaciones o más que consulta con diagnóstico ecográfico de aborto incompleto con clínica de ginecorragia.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1) Mazur MT, Kurman RJ. Gestational trophoblastic disease and related lesions. En: Kurman RJ editor. Blaunstein's pathology of the female genital tract. 4th ed. New York: Springer-Verlag. 1994, p. 1049-1093.
- 2) Vergara G. Protocolo neoplasia trofoblástica gestacional - clínica de maternidad Rafael Calvo En línea en: [www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/.../PROTOCOLO\\_ENFERMEDAD](http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/.../PROTOCOLO_ENFERMEDAD) (Acceso 21 julio 2014)
- 3) Grases F, Tresserra F. Enfermedad trofoblástica de la gestación. Revisión Rev Obstetricia Ginecología Venezuela v.64 n.2 Caracas jun. 2004 En línea en: [www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322006000200010](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322006000200010). (Acceso 10 septiembre 2014)
- 4) Jones W, Jones G. Enfermedad trofoblástica de la gestación. En: Berek JS. Tratados de ginecología de Novak. 10 ma Edición. México DF: Ed. Interamericana. 1991 p 456-470
- 5) Disaia P, Creasman W. Neoplasia trofoblástica gestacional. En: Disaia P, Creasman W, editores. Oncología ginecológica clínica. 1ª edición. España: Mosby/Doyma Libros; 1994.p.210-237.
- 6) Ezpeleta J, López A. Enfermedad trofoblástica gestacional aspectos clínicos y morfológicos Revista Española de Patología Vol. 35, nº 2, 2002 p.21-32
- 7) Díaz P, Cruz E. Frecuencia de mola hidatidiforme en pacientes con diagnóstico de huevo anembrionado por ultrasonido atendidas en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital de Especialidades del Instituto Hondureño de Seguridad

Social (IHSS) Revista V Med Post UNAH Vol. 8 N\* 1,2,3 Enero-Diciembre, 2003 p.12-14.en línea en: <https://cidbimena.desastres.hn/RMP/pdf/2003/pdf/Vol8-123-2003-5.pdf> (Acceso el 18 julio 2014)

8) Suárez A, Santana R. Incidencia de enfermedad trofoblástica gestacional detectada por el estudio histopatológico rutinario de los especímenes obtenidos de abortos Revista Ginecología y Obstetricia Mexico 2008;76(2):81-87 en línea en: <https://epifesz.files.wordpress.com/.../enfermedad-trofoblasto-2008.pdf> (Acceso el 18 julio 2014)

9) Briceño Z, Acosta L. factores epidemiológicos de la enfermedad trofoblástica en el Hospital Central "Antonio María Pineda" de Barquisimeto Boletín Médico de Postgrado Vol XII N° 1 Enero - Marzo 1996 en línea en: [bibvirtual.ucla.edu.ve/db/psm\\_ucla/edocs/bm/.../BM120104.pdf](http://bibvirtual.ucla.edu.ve/db/psm_ucla/edocs/bm/.../BM120104.pdf) (Acceso el 13 septiembre 2014)

10) De Abreu L, Ialongo L. Incidencia de mola parcial en material proveniente de legrado uterino Revista Obstetricia y Ginecología Venezuela 1973;33:37-51.En línea en: <https://epifesz.files.wordpress.com/.../enfermedad-trofoblasto-2008.pdf> (Acceso el 18 julio 2014)

11) Albinagorta R, Saona P. Enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Aspectos epidemiológicos y clínicos. En línea en: [www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/.../423](http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/.../423) (Acceso el 13 septiembre 2014)

12) Arias F. El proyecto de investigación. 3a ed. Editorial Episteme. Caracas. Venezuela. 2004; P.48-54.

13) Londoño J. Metodología de la investigación epidemiológica. 3ª edición. Editorial Manual Moderno S. A. Bogotá. Colombia 2004; P.7

## ANEXOS A

### CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Valencia, \_\_\_\_\_

**Responsables:** Brinaska Velásquez. Médico residente de Postgrado de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde.

Título:

***ENFERMEDAD TROFOBLASTICA GESTACIONAL EN MATERIAL DE  
LEGRADO UTERINO EN PACIENTES INGRESADAS EN LA EMERGENCIA  
OBSTÉTRICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”***

***FEBRERO – JULIO 2015***

Se me ha solicitado participar en un proyecto de investigación en el cual se tomará una muestra del material de legrado uterino, para diagnosticar enfermedad trofoblástica gestacional, en caso de tener diagnóstico positivo me indicarán el tratamiento adecuado.

***Yo entiendo que:***

1. El procedimiento identificado arriba me ha sido explicado con detalle, los riesgos y probables complicaciones me han sido descritos y explicados, todas mis preguntas e inquietudes me han sido contestadas y aclaradas.
3. Yo podré retirarme de este estudio en cualquier momento sin dar razones y sin que esto me perjudique. No recibiré beneficio material.
4. Los resultados de este estudio pueden ser publicados sin mi identidad y mis datos clínicos y experimentales permanecerán en forma confidencial.
5. Mi consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzada u obligada.

Paciente:

Nombre:

Investigador responsable

C.I.Nº: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ANEXO B**  
**FICHA DE REGISTRO**

<b>Fecha:</b>			<b>Nombre y Apellido</b> <b># Historia</b>		
<b>Edad</b>	16 – 24		<b># Gestas</b>	I	
	25 – 33			II	
	34 – 42			III	
		+ III			
<b>Motivo de Consulta</b>	Sangrado a través de genitales		<b>Diagnóstico Ecográfico</b>	Aborto Incompleto	
	Hallazgo Ecográfico			Huevo anembrionado	
<b>Ant. Aborto</b>				Embrión muerto retenido	
				Otros	
<b>Resultado Anatomopatológico</b>					
<b>Tipo de Enfermedad Trofoblástica Gestacional</b>					