

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
RAFAEL DONAYRE ROJAS



TITULO

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZO MOLAR EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO –
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO ENTRE
ENERO 2010 – DICIEMBRE 2014**

Tesis para OPTAR EL TITULO DE MÉDICO CIRUJANO

Presentado por el bachiller:

ALFREDO SANCHEZ CARRANZA

ASESOR

DR. JAVIER VASQUEZ VASQUEZ

REGION LORETO

IQUITOS – PERU

2015

1. INDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE CONTENIDO	2
ÍNDICE DE TABLAS	3
INDICE DE GRAFICOS	5
DEDICATORIA	8
AGRADECIMIENTOS	9
RESUMEN	10
CAPÍTULO I	
INTRODUCCIÓN.....	12
DESCRIPCION DEL PROBLEMA.....	15
PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA	18
BJETIVOS.....	21
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	23
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	45
CAPÍTULO III	
METODOLOGIA	48
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS	53
DISCUSIONES	69
CONCLUSIÓN	71
RECOMENDACIONES	73
CAPÍTULO V	
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	74
ANEXOS	76

2. ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°01:	Frecuencia de Casos de Embarazo Molar en Gestantes Atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre los años 2010, 2011, 2012, 2013 y 2014.	53
Tabla N°02	Características sociales en mujeres con Embarazo Molar y sus controles atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014.	54
Tabla N°03:	Características Obstétricas en mujeres con Embarazo Molar y sus controles atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014.	58
Tabla N°04:	Uso de medicamentos por más de 6 meses en mujeres con Embarazo Molar y sus controles atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014.	62
Tabla N°05:	Síntomas y Signos en mujeres con Embarazo Molar y sus controles atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014.	64
Tabla N°06:	Exámenes auxiliares utilizados en mujeres con Embarazo Molar atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014	65

Tabla N°07:	Procedimientos Quirúrgicos utilizados en mujeres con Embarazo Molar en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014.	65
Tabla N°08:	Relación Factores Sociales asociados con Embarazo Molar en Gestantes Atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014.	66

3. INDICE DE GRAFICOS

Grafico N°01:	Distribución según edad en mujeres con Embarazo Molar y sus controles atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014	55
Grafico N°02:	Distribución según estado civil en mujeres con Embarazo Molar y sus controles atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014.	56
Grafico N°03:	Distribución según grado de instrucción en mujeres con Embarazo Molar y sus controles atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014.	56
Grafico N°04:	Distribución según procedencia en mujeres con Embarazo Molar y sus controles atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014	57
Grafico N°05:	Distribución según gestación gemelar previa en mujeres con Embarazo Molar y sus controles atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014..	59

Grafico N°06:	Distribución según gestación gemelar previa en mujeres con Embarazo Molar y sus controles atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014..	60
Grafico N°07:	Distribución según edad gestacional en mujeres con Embarazo Molar y sus controles atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014.	60
Grafico N°08:	Distribución según antecedente molar en mujeres con Embarazo Molar y sus controles atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014.	61
Grafico N°09:	Distribución según antecedente de aborto en mujeres con Embarazo Molar y sus controles atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014.	61
Grafico N°10:	Distribución según uso de ACO en mujeres con Embarazo Molar y sus controles atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014.	62
Grafico N°11:	Distribución según uso de antihipertensivos en mujeres con Embarazo Molar y sus controles atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014.	63

Grafico N°12:

Distribución según uso de antidiabéticos en mujeres con Embarazo Molar y sus controles atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014.

63

4. DEDICATORIA

A mi familia que con su amor y apoyo incondicional e logrado llegar a hasta donde estoy en especial para MANUELA BERENIS y WENCESLAO que me dieron la dicha de ser hijo suyo a mis hermanos Segundo Wenceslao, Mónica Gricelida, Baldomero, Vicente y el ultimo de mis hermanos y no menos importante para mí. Luis Ángel que con sus ocurrencias nos hace feliz el día a día.

5. AGRADECIMIENTOS

A mis maestros que con su apoyo y dedicación incondicional se logró el desarrollo de este estudio y la ejecución además a Karina Dávila Jesica Yarleque Jaqueline Silva Mayra Heras.

6. RESUMEN

La mola hidatiforme o embarazo molar es una alteración de la gestación que se caracteriza por una hiperplasia trofoblástica y por la tumefacción edematosa de las vellosidades coriónicas. Este estudio pretende contribuir al conocimiento de la incidencia y factores de riesgo de embarazo molar en nuestro medio. El estudio en forma de caso - control retrospectivo en el Hospital Regional de Loreto, incluyó 77 mujeres con diagnóstico clínico de embarazo molar y como controles, 154 pacientes obstétricas normales atendidas en el hospital entre enero de 2010 y diciembre de 2014. La incidencia de embarazo molar fue de 4,031 por 1000 embarazos. La edad promedio fue 28.21 años. El grado de instrucción secundario resultó un factor protector estadísticamente significativo a embarazo Molar (OR: 0.517; IC: 0.291 - 0.916). Multiparidades un factor de riesgo estadísticamente significativo a embarazo Molar (OR: 3.475; IC: 1.672 - 7.223). La edad gestacional en que se diagnosticó más frecuentemente el Embarazo Molar fueron las de 11 a 20 semanas (61.0%) y la menor frecuencia las de mayor igual de 31 semanas (1,3%). Antecedente de embarazo molar como factor de riesgo de embarazo Molar se encontró un OR mayor de 1 (OR: 3.081) con Intervalo de Confianza de 2.555 - 3.716.

Durante el año 2010 de las gestantes atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto se encontró una frecuencia de casos de embarazo molar de 0.35%, en el 2011 de 0.58%, en el 2012 de 0.46%, en el 2013 de 0.28% y en el 2014 de 0.32%.

A menor grado de instrucción mayor riesgo de que se produzca un embarazo molar en la población.

CAPITULO I

7. INTRODUCCION

La mola hidatiforme o embarazo molar es una alteración de la gestación que se caracteriza por una hiperplasia trofoblástica y por la tumefacción edematosa de las vellosidades coriónicas, cuyo diámetro oscila entre 0,1 y 3 cm, adquiriendo la morfología de bandas y cúmulos de vesículas que confieren el típico aspecto de “racimos de uvas”, del cual deriva su nombre. El termino hidatiforme viene del griego, asemeja un racimo de uvas (refiriéndose a la forma del crecimiento intrauterino); y mola, traducido del latín, significa piedra de molino. El embarazo molar está enmarcado dentro de un grupo de patologías conocidos como Enfermedad Trofoblástica Gestacional

Se conoce con el nombre de enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) a 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; incluye la mola hidatiforme completa invasiva o no, la mola parcial y los tumores trofoblásticos gestacionales, coriocarcinoma y tumor del lecho o sitio placentario (TSP) (4). Es extremadamente raro hallar 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.

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)(2), con tendencias variables a la invasión local y a las metástasis y se encuentra

entre las raras enfermedades que se pueden curar, incluso en casos de extensa diseminación(4).

El término diagnóstico enfermedad trofoblástica de la gestación (ETG) incluye entidades diversas que tienen en común la proliferación del trofoblasto (1-5). Las más frecuentes, las lesiones molares, no son tumores (5) y en cambio sí lo son, aquellas que confrontamos más esporádicamente; p. ej.: el Coriocarcinoma (5) o el tumor trofoblásticoepitelioide (5) o aquellos que se originan del sitio de implantación placentaria (7). Por otra parte, hay lesiones que se consignan aparte, y que aunque no son neoplasias, se consideran proliferaciones del trofoblasto intermedio bien sea corionicos o extravellocitario.

Es el caso de la reacción exagerada y del nódulo del sitio de implantación placentaria. Estas diferencias pueden atribuirse a una histogénesis diferente dependiendo de que la lesión se origine en el citotrofoblasto, en el trofoblasto intermedio o en el sincitiotrofoblasto. Tienen considerables diferencias epidemiológicas (5-8), pueden presentar o no anomalías cromosómicas, y su expresión inmunohistoquímica es también variable (5).

Como es lógico, esta diversidad tiene implicaciones clínicas aunque el marcador serológico por excelencia, la fracción fi de la gonadotrofina humana (fi-hCG) tiene valor diagnóstico y/o de control evolutivo en todas las variedades de ETG. La frecuencia de aparición es de un caso cada 2.000 embarazos. Prácticamente el 100% de los casos se curan totalmente, ya que las células que lo forman son muy sensibles al tratamiento médico (quimioterapia) y también se preserva la capacidad reproductiva.

Según la literatura mundial el factor de riesgo más asociado con la mola hidatiforme completa es la edad, ya que abarca mujeres entre > 40 años y/o < 20 años. Las mujeres

mayores tienen un riesgo de 5 a 10 veces mayor que mujeres jóvenes; sin embargo, dado que las mujeres jóvenes se embarazan más, el número de embarazos molares completos se da en mujeres menores de 35 años (1-3).

Este estudio pretende brindar mayor conocimiento de los factores de riesgo asociados a embarazo molar en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto a donde acuden pacientes de toda la región de bajos recursos económicos.

Esta investigación permitirá ampliar la real dimensión de esta entidad nosológica y así mismo motivar la realización de nuevos trabajos y profundizar el estudio de otros factores de riesgo asociados en Hospitales de Essalud y MINSA para tener una visión más amplia y el impacto de la misma en nuestra región.

8. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

El embarazo molar es una enfermedad degenerativa del trofoblasto que se caracteriza por una hiperplasia trofoblástica y por la tumefacción edematosa de las vellosidades coriónicas. El material proveniente de un legrado que contiene una mola hidatiforme es uno de los pocos en los que pueden encontrarse características macroscópicas específicas, tales como: grandes vellosidades traslúcidas. Por lo general, la longitud de los racimos varía de unos milímetros hasta 2 cm en promedio, adquieren la morfología de bandas y acumulación de vesículas que confieren el típico aspecto de “racimos de uvas”. El embarazo molar está enmarcado dentro de un grupo de patologías conocidos como Enfermedad Trofoblástica Gestacional.

La enfermedad trofoblástica gestacional es un grupo de trastornos que tiene en común la proliferación del trofoblasto gestacional. Suelen tener las mismas funciones que el trofoblasto fisiológico: producir hormonas placentarias, como la gonadotropina coriónica humana, invasión tisular y vascular y migración a distancia por vía hemática. Las principales y más frecuentes formas de la enfermedad trofoblástica gestacional son: Mola hidatiforme, Mola Invasora, Tumor del Sitio de Inserción Placentaria y Coriocarcinoma ⁽⁶⁻⁷⁾.

La Enfermedad Molar constituye más de 85% de las variedades descritas. La incidencia de enfermedad trofoblástica gestacional varía según las diferentes regiones del mundo desde 0.6 a 2 por cada 1,000 embarazos. En las mujeres hispanas es de 4 por cada 1,000. La incidencia promedio mundial de la enfermedad molar completa es de 1 por cada 1,000 embarazos, con mayor frecuencia en países orientales. La mola parcial ocurre, aproximadamente, en 0.005 a 0.001% de los embarazos ⁽⁹⁾.

La mola hidatiforme se presenta aproximadamente en uno de cada 1500 a 2000 embarazos en Estados Unidos y Europa, pero es mucho más frecuente en algunas regiones de Asia, donde la frecuencia es al menos 10 veces la de Estados Unidos.

En nuestro país se menciona una incidencia de 6.6 por cada 1000 embarazos ⁽¹⁰⁾. Estas cifras son comparables a las reportadas en países como Taiwán e Indonesia ⁽¹¹⁾.

Alrededor del 20% de las pacientes que han tenido una mola hidatiforme desarrollarán un tumor trofoblástico de la gestación metastásico o no metastásico ^(10,11,12,13). Sin embargo, el riesgo de que se produzca un coriocarcinoma apenas alcanza el 3 a 5%^(10,12,14).

Ciertos factores como la edad, paridad, antecedentes de embarazo molar y abortos previos aumentan el riesgo de tumor trofoblástico de la gestación. **Jauniaux y colaboradores** reportan una frecuencia para la mola parcial de 1.5 por cada 1000 embarazos porque en la mayoría de los casos no se diagnostica y transcurre como aborto espontáneo del primer trimestre ⁽¹⁵⁾.

En México, la incidencia reportada de embarazo molar es de 2.4 por cada 100 embarazos ⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

ALBINAGORTA O. Roberto*, **SAONA U. Pedro (Hospital Nacional Cayetano Heredia) 1990** establece una frecuencia de 2.33 casos por cada 1000 embarazos.

Vásquez Espinar (Hospital Apoyo Iquitos) 2000 a 2004. Establece una prevalencia de 2.5 casos por cada 1000 embarazos.

La mayor parte de las pacientes son gestantes de cuatro a cinco meses. Clásicamente presentan hemorragia de la primera mitad del embarazo, hiperémesis severa e hipertensión del embarazo. La hemorragia es el síntoma más constante, encontrándose en 90 a 97% de los casos. El hallazgo de un útero de mayor tamaño que no guarda

relación con amenorrea fue encontrado en el 38 a 51% de los casos. La hiperémesis puede ocurrir de 20 a 26% de los casos y la toxemia precoz se presenta en un momento tardío del embarazo con una frecuencia de 27%. (9)

Además se ha relacionado el embarazo molar con varios factores de riesgo, encontrándose entre ellos los más frecuentes según estudios:

- Edad “menores de 20 o mayores de 35”
- Paridad elevada
- Antecedentes de embarazo molar y abortos previo
- Gestación gemelar previa
- Malnutrición.
- Uso de medicamentos de larga data.

Investigaciones hechas refieren que, entre 80 – 90% de estas molas después de su evacuación, son benignas y no vuelven a dar problemas. Un 10% evoluciona hacia mola invasora y alrededor del 2.5% a coriocarcinoma.

9. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Qué Factor de Riesgo Asociados más frecuentes se presentan en Embarazo Molar en Gestantes Atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014?

10. JUSTIFICACION

El embarazo molar es una patología que se presenta en gestantes adolescentes, en mujeres mayores primigestas y en gran medida en pacientes embarazadas de bajos recursos económicos, que se evidencia con una sintomatología idénticas a la pre eclampsia (hipertensión edema y proteinuria) diferenciándola de la pre eclampsia por la hiperémesis que presenta la mola y por la edad gestacional en que se presenta llevando muchas veces a confusión. En cuanto a su variedad de mola tenemos parcial o completa. La incidencia de embarazo molar en Europa y EEUU fue 1 de cada 1000 embarazos, en Honduras fue de 1 por cada 283 embarazos, en Asia fue de 1 por cada 500 embarazos en México la prevalencia fue de 2.3 por 1000 embarazos, en Argentina de 2.18 por cada 1000 embarazos, en el hospital regional del cuzco fue de 3.1 por cada 1000 embarazos, en Arequipa fue de 4.3 por 1000 embarazos, en el hospital Arzobispo Loayza de Lima fue de 4.7 por 1000 embarazos

Estudios del embarazo molar en Nicaragua, HEODRA en el año 2008 en el hospital regional de Matagalpa, Cesar Amador Molina encontraron, que la distribución fue principalmente en pacientes jóvenes, multíparas, con bajo nivel cultural, que el diagnóstico se realizó tardíamente, 9.5% evolucionaron a enfermedad trofoblástica persistente y 2.4% a Coriocarcinoma. Parazzini et.al reportan la comparación con mujeres jóvenes en las que los riesgos de desarrollar mola completa es 2 veces mayor en mujeres por encima de 35 años y 7.5 veces mayor en mujeres por encima de 40 años.

Es por este motivo que el presente estudio busca conocer el factor de riesgo asociado de mayor predominio para que las gestantes presenten embarazo molar en el Hospital Regional de Loreto desde Enero 2010 a Diciembre 2014.

Por tanto el propósito de este trabajo de investigación es recopilar la información de los casos de embarazo molar a través de la historia clínica para determinar los factores de riesgo asociados a embarazo molar de mayor frecuencia en las gestantes atendidas en el hospital regional de Loreto a fin de orientar a la población de nuestro medio sobre las implicancias de esta patología en su salud.

11. OBJETIVOS

11.1. GENERAL:

- Identificar y determinar el nivel de importancia de los Factores de Riesgo Asociados a Embarazo Molar en Gestantes Atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014.

11.2. ESPECIFICOS:

- Identificar los principales factores sociales (edad materna, estado civil, grado de instrucción, lugar de procedencia) y obstétricos (paridad, edad gestacional, antecedentes de embarazo molar y abortos previos) asociados a las gestantes que desarrollan embarazo molar:
- Identificar la frecuencia e incidencia de embarazo molar en los últimos 5 años.
- Determinar los hallazgos clínicos de embarazo molar
- Relacionar la asociación entre los factores sociales y obstétricos con embarazo molar.

CAPITULO II

12. MARCO TEORICO

La enfermedad del trofoblasto en su condición de patología persistente o de malignidad es “Un modelo de cáncer”, en cuanto a que posee una condición precursora identificable como la Enfermedad Molar a la que nos vamos a referir en detalle, un marcador sérico confiable, la hormona Gonadotropina Coriónica (hCG) y alta sensibilidad de la enfermedad a las drogas citotóxicas. Está asociada siempre a un marcador tumoral, la hormona gonadotropina coriónica humana (HCG). Es la misma molécula que se produce en los embarazos normales y tiene gran importancia en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la Enfermedad Trofoblástica.

Las molas hidatiformes representan una placenta anormal, asociada a un incremento en el riesgo de desarrollar Enfermedad trofoblástica gestacional persistente, y coriocarcinoma. Sea su variante de mola completa o parcial, se caracteriza por un gran agrandamiento de las vellosidades coriales causada por edema central del estroma y variable hiperplasia de células trofoblásticas vellositarias, que puede ser marcada. Ellas como otras lesiones del trofoblasto, mimetizan patrones de crecimiento encontrados en el desarrollo placentario normal y en abortos no molares, planteando dificultad en el diagnóstico diferencial. Numerosos trabajos publicados señalan la falta de reproducibilidad y dificultad en distinguir entre mola completa (incluyendo forma temprana), mola parcial y aborto hidrópico.

Antecedentes

Parazzini. Antecedentes personales de enfermedad trofoblástica gestacional aumenta el riesgo tanto mola completa y mola parcial: Los odds ratios fueron 12,0 (95% intervalo de confianza 3,0 a 38,9) y 18,1 (95% intervalo de confianza 5,0-64,7), respectivamente. El riesgo de enfermedad trofoblástica aumentó con el incremento de la edad paterna: las mujeres cuyos maridos tenían entre 40 a 44 años y 45 años o más

tenían un riesgo relativo de 2,4 y 4,2, respectivamente, en comparación con las mujeres casadas con hombres menores de 40 años. Ninguna asociación surgió entre mola y abortos inducidos y la edad al primer embarazo. Antecedentes personales de enfermedad trofoblástica gestacional aumenta el riesgo tanto mola completa y mola parcial: Los odds ratios fueron 12,0 (95% intervalo de confianza 3,0 a 38,9) y 18,1 (95% intervalo de confianza 5,0-64,7), respectivamente. Del mismo modo, una historia familiar de enfermedad trofoblástica gestacional se informó con mayor frecuencia en los casos molares completos (cinco de 128) que en los controles (uno de 395) (odds ratio 16,0, IC 95% 3,2-80,3).

Marchand (1895) describió y delimitó ambas enfermedades (mola hidatiforme - corioepitelioma) en forma perfecta, desencadenando controversias en la diferenciación de los caracteres histológicos diferencias entre sí.

Hertin (1945) observó que cuando hay un deficiente desarrollo del trofoblasto existen angioblastos en las vellosidades del corion del 13 al 17avo día del desarrollo, además acepta que un edema de las vellosidades durante su desarrollo precoz puede ocasionar una persistencia del trofoblasto que puede desembocar en el cuadro de hiperplasia trofoblástica. El uso de anticonceptivos orales por más de 6 meses no estaba relacionado con el riesgo de embarazo molar, pero el uso de un dispositivo intrauterino fue significativamente más común entre los casos.

E. Novak (1957) las neo formaciones del trofoblasto eran más desconcertantes que ninguna otra en el terreno de la obstetricia o la ginecología.

Bardawil y Toy (1959) informan que la metástasis de los tumores trofoblásticos pueden remitir e incluso desaparecer.

Koren y Col (1969) en prácticas bajo técnicas de fluorescencia en algunos animales indican que las células trofoblásticas son potencialmente antígenas, más no se sabe por qué no se manifiestan.

Douthwaite y Urbach (1971) de acuerdo con Koren y Col (1969) señalan la presencia de una sialomucina que reviste en trofoblasto evitando la esperada reacción antígeno – anticuerpo.

Adeock y Col (1973) apoyando las teorías (1969) (1971) especulan que la HGC puede representar un antígeno de la superficie del trofoblasto que bloquea el rechazo de estos por los linfocitos maternos.

Berhrman y Col. (1974) dan aspectos importantes de la reacción inmunológica, y señalan que el trofoblasto es especialmente antígeno y produce anticuerpo contra el embarazo.

Factores de Riesgos

- Una gestación molar previa.
- Pacientes con edad en los extremos del período reproductivo (menor de 20 años o mayor de 45).
- Gestación gemelar previa.
- Paridad elevada.
- Primiparidad.
- Malnutrición.
- Anticoncepción.
- Uso de medicamentos de larga data

Tipos de enfermedad trofoblástica de la gestación.

Clasificación de la enfermedad trofoblástica de la gestación

- Lesiones molares:
- Mola hidatiforme Completa
- Parcial
- Mola invasiva
- Lesiones no molares:
- Coriocarcinoma
- Tumor trofoblastico del sitio de implantación placentaria
- Tumor trofoblasticoepitelioide
- Tumores trofoblásticos misceláneos:
- Reacción trofoblástica en el sitio de implantación placentaria
- Nódulo en el sitio de implantación placentaria
- Lesión Trofoblástica no clasificada

Fuente: Clasificación de la OMS (Scully RE y col.-1994, modificada por Shih IM y col-1998).

En 1979 la Sociedad Internacional para el estudio de las Neoplasias Trofoblásticas, propuso la clasificación en estadios clínicos, aceptada por la OMS, la FIGO y la SEGO y diferenció:

- Mola o embarazo molar, con bajo o alto riesgo
- Enfermedad trofoblástica persistente (ETGP) con los estadios I-IV dependiendo de la extensión de la lesión y de que sea: con o sin metástasis y de alto o bajo riesgo

Desde el punto de vista clínico es importante el estadiaje de los tumores trofoblásticos gestacionales propuesta por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO):

- Estadio I. Enfermedad confinada al útero.
 - Ia. sin factores de riesgo
 - Ib. con un factor de riesgo.
 - Ic. con dos factores de riesgo.
- Estadio II. Tumor trofoblástico gestacional que se extiende fuera del útero, pero que se limita a los elementos genitales (anexos, vagina, ligamentos anchos).
 - IIa. sin factores de riesgo.
 - IIb. con un factor de riesgo.
 - IIc. con dos factores de riesgo.
- Estadio III. Enfermedad trofoblástica gestacional que se extiende hasta los pulmones, con o sin afectación de vías genitales conocida.
 - IIIa. sin factores de riesgo.
 - IIIb. con un factor de riesgo.
 - IIIc. con dos factores de riesgo.
- Estadio IV. Todos los otros sitios de metástasis.
 - IVa. sin factores de riesgo.
 - IVb. con un factor de riesgo.
 - IVc. con dos factores de riesgo.

Los factores de riesgo que afectan al estadiaje son:

HCG >100.000 mU/ml y duración de la enfermedad mayor de 6 meses a partir de la terminación del embarazo precedente. Deben considerarse los siguientes factores de seguimiento y pronóstico y anotarse en el historial clínico en caso positivo: se administró quimioterapia previa por tumor trofoblástico gestacional diagnosticado; deben informarse por separado los tumores del sitio placentario; no se requiere verificación histológica de la enfermedad.

Además de la clasificación basada en el estadiaje, es importante considerar variables para pronosticar la probabilidad de resistencia farmacológica y ayudar a seleccionar la quimioterapia apropiada. La OMS ha propuesto un sistema de puntuación pronóstica que permite predecir, con toda confianza el potencial de que ocurra resistencia a la quimioterapia. Las pacientes con enfermedad en estadio I suelen tener una puntuación de bajo riesgo y lógicamente las pacientes en estadio IV tienen una puntuación de alto riesgo, por lo que se aplica fundamentalmente a pacientes en estadios II y III.

Histogénesis

Se consideran producto de una fertilización anormal y existen evidencias de que su histogénesis está muy probablemente vinculada a su origen en diversos tipos de trofoblasto.

Características Histológicas

Trofoblasto prevellositario:

Trofoblasto mononucleado, también llamado sincitiotrofoblasto primitivo. No forma parte del revestimiento vellositario.

Citotrofoblasto:

Células epiteliales pequeñas, poligonales u ovoides, uniformes, mononucleadas y con citoplasma claro y granular, los bordes celulares aparecen delimitados, nucléolos conspicuos y mitosis presentes, coexisten con sincitiotrofoblasto.

Sincitiotrofoblasto:

Células grandes que forman masas con múltiples núcleos y citoplasma acidófilo denso y vacuolado, núcleos oscuros y en ocasiones con picnosis, no hay mitosis, patrón sincitial.

Trofoblasto intermedio vellositario

Trofoblasto del sitio de implantación placentaria:

Su apariencia varía dependiendo de la localización.

a. En el endometrio: Las células son poligonales o redondas con abundante citoplasma anfófilico similar a células estromales con reacción decidual.

b. En el miometrio (en decidua o alrededor de glándulas hipersecretoras): Las células son fusiformes u ovoides con citoplasma abundante eosinófilico o anfófilico.

Trofoblasto intermedio de tipo coriónico:

Células fusiformes situadas por fuera del corion de las membranas fetales, bien cohesionadas con citoplasma eosinófilico. Son más pequeñas que la células trofoblásticas del sitio de implantación aunque mayores que las citotrofoblásticas.

Mola Hidatiforme

La mola hidatiforme constituye la variedad más frecuente de ETG, representa una placenta anormal no invasora que se caracteriza macroscópicamente por cambios hidrópicos del estroma vellositario y proliferación trofoblástica. La simple degeneración hidrópica que suele encontrarse en el estudio anatomopatológico del producto de abortos en el curso del primer trimestre no debe confundirse con la enfermedad trofoblástica. Existen dos tipos de molas, tanto desde un punto de vista anatomopatológico como genético: la completa y la incompleta o parcial, se caracteriza por:

- Presentar alteraciones morfológicas como degeneración hidrópica de las vellosidades coriales, proliferación del cito y sinciotrofoblasto y, habitualmente, ausencia de vascularización y de elementos fetales
- Secretar grandes cantidades de subunidad β de la gonadotropina coriónica humana (β -hCG), sustancia hormonal dosable en sangre y orina, con alto grado de sensibilidad y

especificidad, que lo convierten en el marcador biológico ideal en el control y seguimiento de la enfermedad

- Ser la enfermedad trofoblástica gestacional más sensible a la quimioterapia, pudiendo reducir la posibilidad de que se desarrolle una neoplasia posterior
- El término diagnóstico enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) incluye entidades diversas que tienen en común la proliferación del trofoblasto.

Mola hidatiforme completa o clásica

La mola hidatiforme completa ocurre en 1 de cada 40 gestaciones molares, en 1 de cada 15 000 abortos y en cada 150 000 embarazos normales. Se desarrolla por fertilización de un óvulo desprovisto de pro-núcleo (óvulo vacío) puede ocurrir de dos formas:.

- a) un espermatozoide 23x, fertiliza el óvulo vacío y duplica su propio ADN resulta en 46xx y todos los cromosomas son de origen paterno (monospermia).
- b) dos espermatozoides diferentes fertilizan el óvulo vacío, resultando un producto que puede ser 46xx o 46xy (dispermia). La mayoría (más del 80%) son molas monospérmicas.

Destaca su apariencia vesiculosa universal semejante a un racimo de uvas, durante las primeras semanas, estas alteraciones cursan sin la presencia de una vesícula gestacional embrionada. En cambio cuando la gestación se presenta después de las 12 semanas la presencia de trombosis y de extensa necrosis hemorrágica puede cambiar su aspecto microscópico, asemejándose a un hematoma de color rojo oscuro. En otros casos la cavidad uterina se encuentra repleta de vellosidades hidrópicas. El rasgo histológico más característico consiste en la hiperplasia bimorfa del trofoblasto (cito y sincitiotrofoblasto).

Característicamente ocurre en todo el contorno de la vellosidad hidrópica, el edema del estroma es de intensidad variable. En cuanto al grado de atipia celular esta puede ser variable. El tratamiento de elección se fundamenta en la evacuación del útero y el seguimiento de los niveles séricos de gonatropina

Debe tomarse siempre en cuenta los riesgos de una mola invasora o el desarrollo ulterior de un coriocarcinoma.

Características morfológicas:

- No se le reconocen tejidos embrionarios o fetales.
- Alteraciones morfológicas se presentan en todo el tejido trofoblástico es decir, en forma difusa o "completa"
- Proliferación excesiva del cito y sinciotrofoblasto (hiperplasia del trofoblasto).
- Vellosidades coriales dilatadas con formación de cisternas.
- Pleomorfismo nuclear aumentado.
- Vasos sanguíneos en las vellosidades están ausentes o colapsados y siempre vacíos, lo que sugiere la ausencia de feto y circulación fetal.

Mola hidatiforme completa temprana:

Está caracterizada por alteraciones morfológicas sutiles, que pueden llevar a subclasificarlas como MHP o aborto espontáneo no molar. Cinco son los rasgos diagnósticos cardinales: vellosidades terminales bulbosas redundantes, estroma vellositariohipercelular, trama laberíntica canalicularestromal, hiperplasia focal de cito y sincicio tanto en la vellosidad como en la superficie subyacente del plato coriónico y atipia del trofoblasto intermedio del sitio placentario.

Mola hidatiforme parcial

La mola hidatiforme parcial, presenta características de una placenta de desarrollo normal y de una mola hidatiforme completa, con una gama de vellosidades desde

normales a quísticas, mientras que la hiperplasia trofoblástica es sólo focal y por lo general afecta a la capa sincitiotrofoblástica y se asocia con el festoneado del contorno de las vellosidades y la presencia de inclusiones trofoblásticas en el estroma. En algunos casos de mola hidatiforme parcial está presente el feto, pero su desarrollo es casi siempre anormal, y aunque en la mayoría de los casos el feto no está presente, puede deducirse la existencia de desarrollo fetal por la demostración de hematíes nucleados en los vasos sanguíneos de las vellosidades. La mola parcial suele cursar sin incremento del volumen uterino (solo el 10%). El diagnóstico se realiza en material proveniente de curetaje por aborto y se denomina parcial, entre otras cosas porque las alteraciones histopatológicas que tipifican la entidad no afectan a todas las vellosidades. El estudio macroscópico cuidadoso del producto del aborto a veces permite apreciar cambios vellositarios hidróticos en una parte del material recibido. Hay casos en los cuales la única evidencia de embarazo embrionado viene dada por el hallazgo de vasos capilares en el estroma vellositario que contiene eritroblastos.

Esta variedad de mola presenta vellosidades de desarrollo normal junto a otras con cambios hidróticos e hiperplasia trofoblástica focal, particularmente del Sincitiotrofoblasto. El contorno de las vellosidades alteradas es ondulado o indentado. Cuando el edema es acentuado se aprecian cisternas (cavidades que aparecen como espacios ópticamente vacíos). Hallazgos inmunohistoquímica: la localización inmunohistoquímica de hCG, hPL, y PIAP en molas parciales y completas es confinada principalmente en el sincitiotrofoblasto y varía de acuerdo a la edad gestacional. El trofoblasto intermedio en las molas completas frecuentemente contiene hPL, pero solamente en raras ocasiones contienen hCG. El Citotrofoblasto es uniformemente negativo para todas estas proteínas. En este grupo las molas completas tienen una gran diferencia tiñendo difusas para hCG, moderadamente tiñendo para hPL y tiñendo focal

para PIAP. En contraste las molas parciales muestran focal o moderadamente tinción para hCG y difusa tinción para hPL y PIAP.

Características morfológicas:

- Se reconoce directa o indirectamente la presencia de un embrión o feto.
- Alteraciones morfológicas se ven en algunas zonas del tejido trofoblástico.
- La proliferación del estroma y la formación de cisternas (vellosidades dilatadas) es igual que en la mola completa.
- Presencia de vasos sanguíneos que contienen glóbulos rojos nucleados (fetales).
- Vellosidades con borde dentado.

Datos Clínicos

Hemorragia Transversal. Uno de los principales síntomas que se presenta generalmente a varias semanas de una amenorrea (12 – 20 sem.). Estas hemorragias son en general irregulares y de intensidad variable.

Tamaño uterino: Es mayor que el que normalmente le corresponde para esa fase de la gestación.

Actividad Fetal: No se escuchan ruidos cardíacos fetales

Síntomas subjetivos del embarazo: Las náuseas, vómitos son más frecuentes que en un embarazo normal

Toxemia del primer trimestre: los síntomas de pre-eclampsia (proteinuria, hipertensión ó edema) aparece en fase más temprana que de costumbre en un embarazo.

Palpación: de grandes quistes luteínicos en los ovarios ayuda al diagnóstico, aunque tales quistes pueden hallarse cuando ha sido expulsado la mola.

Diagnóstico

El diagnóstico se sospecha por la sintomatología clínica como el sangrado transvaginal, tamaño desproporcionado del útero, dolor en hipogastrio, toxemia temprana ausencia de actividad fetal, FCF. La coincidencia de una mola con feto es sumamente rara y la confirmación es mediante biopsia.

Exámenes Complementarios

- HCG cuantitativa.
- Ecografía
- Biopsia

Tratamiento

Su finalidad es eliminar del organismo materno el tejido trofoblástico anormal. Es necesario el LU para dicha finalidad, en probables complicaciones (hemorragias graves o Sepsis) están indicados los antibióticos, transfusiones y oxitócicos. La evacuación uterina debe efectuarse con cuidado, evitando perforar la cavidad del útero, que se vuelve muy delgada pero al mismo tiempo debe llevarse a cabo en la forma más completa posible. La retención de tejido a más de su potencialidad maligna, puede hacer que las pruebas de embarazo persistan altamente positivas durante semanas ó meses, haciendo suponer la presencia de corioepitelioma. Los quistes ováricos existentes no requieren tratamiento especial, ya que remiten de forma espontanea, tan pronto como se suprime el estímulo producido de las gonatropina del trofoblasto. Debe seguirse un control de Gonadotropinas coriónicas cada semana hasta que los títulos descendan; si después de 2 semanas continúan en descenso, se efectúan las dosificaciones cada mes cuando menos durante un año. Dando terapia hormonal para evitar el embarazo (además de que la administración de hormonas exógenas suprimen la formación de Gonadotropinas hipofisiarias y así las determinación de Gonadotropinas coriónicas en orina sean únicamente las producidas en el trofoblasto). Además deben efectuarse

exámenes clínicos semanalmente durante los tres primeros meses y después de cada mes hasta completar dos años. La negatividad de las titulaciones de Gonadotropinas coriónicas es básico para decidir que hay curación, dicha negatividad deberá ser durante las primeras nueve semanas posterior a la evacuación del tejido molar; debe considerarse el uso de la quimioterapia si los títulos persisten elevados después de este lapso de tiempo. Deben recomendarse a la paciente que no se embarace hasta que pase un año que se negativizaron las cifras de HGC.

Complicaciones:

Las complicaciones de la Molas pueden clasificarse en:

- Hemorragias de aparición repentina
- Sepsis
- Toxemia
- Metástasis trofoblástica
- Coriocarcinoma

Hemorragias, Sepsis y toxemia gravídica, por la evolución en los conocimientos en tratamientos, manejo adecuado de antibióticos y transfusiones ha disminuido la morbilidad por esta causa. Metástasis trofoblástica: la frecuencia de aparición de las metástasis es de aproximadamente 5%, parece ser que se presenta en mujeres con edad por encima de los 40 años, esta metástasis disminuye considerablemente con el uso de tratamiento profiláctico con metrotexate.

Coriocarcinoma: la mola evoluciona en un 2% a coriocarcinoma y es la causa más común de muerte.

Mola invasora

La mola invasora o Corioadenomadesruens consiste en una mola completa en la cual se constata la presencia de vellosidades coriales en pleno espesor del miometrio y/o en el

interior de los vasos sanguíneos. Puede considerarse como una secuela de mola parcial o completa y el diagnóstico de certeza solo puede hacerse si se dispone de evidencia inequívoca de invasión miometrial o de lesiones a distancia una vez demostrado que no se trata de un coriocarcinoma. Las "metástasis" se encuentran principalmente localizadas en los pulmones, vulva, vagina, y el ligamento ancho. El diagnóstico histopatológico se fundamenta en el hallazgo de vellosidades coriales con grados variables de proliferación del trofoblástica bimorfa en pleno espesor del miometrio pudiendo llegar hasta la serosa con el riesgo de una perforación, el reconocimiento requiere muestras representativas que incluyan porciones desde miometrio hasta la serosa. Muestran un patrón de tinción similar al de las molas completas, porque la mayoría de las molas invasoras son derivadas de la mola completa.

Lesiones no molares

En las lesiones no molares se incluyen el coriocarcinoma y aquellas que son consecuencia de la proliferación del trofoblasto intermedio en el sitio de implantación placentaria. Las que resultan del trofoblasto intermedio propiamente dicho, dan origen a dos entidades. Una se ha interpretado como una reacción exagerada y la otra se denomina tumor trofoblástico del sitio de implantación placentaria.

Por otra parte, las lesiones que resultan de una proliferación del trofoblasto intermedio de tipo coriónico, es decir, trofoblasto intermedio vellositario, integran el nódulo de implantación placentaria y el tumor trofoblásticoepitelioide. La reacción exagerada en el sitio de implantación placentaria se conocía como endometritis sincitial, término descartado por inadecuado porque no se trata de una endometritis.

Coriocarcinoma

El coriocarcinoma o carcinoma trofoblástico de la gestación constituye la variedad más temida de enfermedad trofoblástica porque con facilidad se extiende fuera del útero

produciendo metástasis con mayor frecuencia en el hígado, tracto gastrointestinal ,el sistema nervioso central y otros. Su incidencia es aproximadamente 1/20 000 gestaciones y cuanto más anormal sea el embarazo mayor es riesgo de que aparezca esta complicación. Ocurre en 1/160 000 embarazos normales, 1/15 386 abortos, 1/5 333 embarazos ectópicos y 1/40 gestaciones molares. Se presenta en pacientes durante el periodo reproductivo y al igual que en las molas, en los extremos. El carcinoma evoluciona con alteraciones macroscópicas de fácil reconocimiento. El hallazgo de una metástasis de origen indeterminado o el estudio de una muestra de procedencia uterina causante de hemorragia, permiten el estudio de muestras tisulares casi siempre blandas y friables con cambios histopatológicos característicos de un tumor trofoblástico bifásico sin vellosidades coriales.

En el útero el coriocarcinoma se presenta como una masa única, blanda y hemorrágica o como múltiples nódulos con características similares. Los contornos de la lesión (lesiones) son imprecisos y es en esta porción más periférica en donde puede encontrarse tumor viable de color gris pálido o blanquecino. Las porciones centrales suelen presentar necrosis hemorrágica masiva ya se trata de una modalidad de neoplasia que prolifera sin vascularización propia, dependiendo de los vasos miometriales para, nutrirse.

Histopatológicamente, el coriocarcinoma presenta un patrón bifásico indicativo de la proliferación de cito y sincitiotrofoblasto. No olvidar que igualmente puede apreciarse trofoblasto intermedio, es decir, células que comparten rasgos de cada uno de los tipos. La invasión vascular es prominente. Todas las células trofoblásticas expresan citoqueratinas (de bajo y alto peso molecular).En los coriocarcinomas típicos tanto el sincitiotrofoblasto como el trofoblasto intermedio expresan β hCG y la lactógeno placentaria humana. El tratamiento es quirúrgico cuando existe riesgo elevado de

metástasis. La radioterapia se reserva para aquellas pacientes con metástasis hepáticas. Así como en la implantación normal y enfermedad molar el sincitiotrofoblasto y el trofoblasto intermedio en el coriocarcinoma son normalmente activos. Estudios de inmunohistoquímica con anticuerpos hCG o hPL podrían por lo tanto ser extremadamente útil en la identificación de estas células y definir las características del patrón bifásico en la evaluación de casos sospechosos de coriocarcinoma.

En el coriocarcinoma típico las células del sincitiotrofoblasto se tiñen intensamente para beta – hCG y variablemente pero menos extenso para hPL. Las células del trofoblasto intermedio también se tiñen en alguna extensión para hCG y hPL. Todas las formas de células trofoblásticas en el Coriocarcinoma incluyendo el citotrofoblasto son reactivas para anticuerpos de citoqueratina de alto y bajo peso molecular.

Tumor trofoblástico Gestacional

El término tumor trofoblástico gestacional, comprende la mola invasiva y los tumores malignos coriocarcinoma y tumor trofoblástico del lecho o sitio placentario e incluye a procesos con secreción anormalmente elevada y prolongada de hCG más de 6 semanas después del suceso gestacional. Esta secreción es independiente de la naturaleza del trofoblasto, que puede ser malformativo y de crecimiento limitado en las molas parciales y completas o neoplásico, de crecimiento ilimitado y rápido en el coriocarcinoma o lento en el TSP.

Tumor trofoblástico del sitio de implantación placentaria

El tumor trofoblástico del lecho placentario fue descrito en 1976 como un pseudotumor no neoplásico, pero posteriormente se definió anatomopatológicamente como entidad propia, y se determinó su potencial maligno, al observarse que algunas pacientes

desarrollaban metástasis y fallecían por la enfermedad; se han descrito unos 100 casos en el mundo y la mortalidad estimada oscila entre un 15 y un 20%.

En 1995 se describieron dos casos en España, en mujeres de 25 y 27 años que manifestaron la enfermedad con hemorragia genital persistente, con antecedentes en ambos casos de abortos previos 3 años antes. Se ha descrito la eritrocitosis como patología asociada al tumor, resolviéndose la policitemia tras la histerectomía.

El término tumor trofoblástico gestacional, comprende la mola invasiva y los tumores malignos coriocarcinoma y tumor trofoblástico del lecho o sitio placentario e incluye a procesos con secreción anormalmente elevada y prolongada de hCG más de 6 semanas después del suceso gestacional. Esta secreción es independiente de la naturaleza del trofoblasto, que puede ser malformativo y de crecimiento limitado en las molas parciales y completas o neoplásico, de crecimiento ilimitado y rápido en el coriocarcinoma o lento en el TSP. Consiste en una proliferación neoplásica del trofoblasto intermedio, también conocido como trofoblasto extravelositario. Constituye una variante rara del tumor trofoblástico gestacional, se considera una lesión benigna con un comportamiento agresivo. La mayoría de las pacientes se encuentran en edad reproductiva y consultan por amenorrea o metrorragia, pudiéndose asociar a un incremento del volumen uterino. Macroscópicamente, el tumor trofoblastico 2, 10,13, 14 del sitio de implantación evoluciona con aumento del volumen uterino y afecta el miometrio en forma de masas cuya superficie de secciones amarillenta o rojiza.

El diagnóstico se fundamenta en el estudio anatomopatológico de muestras obtenidas por curetaje uterino o mediante el estudio del útero. El tumor consiste en células grandes y monomórficas en contraposición a la diversidad de células que se observan en un coriocarcinoma. Los núcleos pueden ser pleomórficos y el citoplasma abundante y

eosinófilico, si el espécimen incluye parte de la pared uterina resulta evidente la invasión miometrial.

La necrosis es focal y esporádica y no se encuentran vellosidades coriales, cuando se dispone del útero, el tumor puede ser polipoide o infiltrar la pared del órgano hasta la serosa y en ocasiones se extiende a los anexos. Tras el diagnóstico de la invasión miometrial, la diferenciación entre uno u otro tipo de enfermedad trofoblástica maligna se hace por la búsqueda extrauterina de metástasis.

Típicamente la mayoría de las células del trofoblasto intermedio en el tumor trofoblástico del sitio placentario contiene hPL mientras solo pocas contienen hCG. Todas las variantes morfológicas de las células del trofoblasto intermedio se tiñen positivamente. Las células gigantes multinucleadas correspondientes al sincitiotrofoblasto son ocasionalmente positivas para hPL y son casi siempre positivas para hCG. Las células que contienen una hormona usualmente no contienen otra, pero ocasionalmente las dos parecen estar presentes en la misma célula. Las células que son negativas para hCG y hPL no pueden ser distinguidas morfológicamente de las que son positivas. En aproximadamente el 15% del tumor trofoblástico del sitio placentario Hcg cualquiera de las dos predomina o se encuentra en igual cantidad que la hPL. Los hallazgos de inmunohistoquímica en estos tumores se parecen a los del Coriocarcinoma más estrechamente que el usual tumor del sitio placentario. La inmunoreactividad de citoqueratina es detectada en toda la variedad de células trofoblástica en el tumor trofoblástico del sitio placentario, cuando son usados ampliamente reactivos los anticuerpos queratina.

Reacción exagerada del sitio de implantación placentaria.

Histológicamente consiste en una invasión miometrial del trofoblasto intermedio (con presencia de células multinucleadas) de apariencia exagerada. Pueden ocurrir en el

curso de una gestación normal o resulta en una evidente en una interrupción temprana del embarazo. Su aspecto infiltrativo con compromiso de glándulas endometriales y arteriolas espirales, hace sospechar de un tumor trofoblástico en el sitio de implantación placentaria. En este caso no hay necrosis y no hay actividad mitótica, llama la atención la presencia de células con citoplasma eosinófilico, con núcleos hipercromáticos.

Nódulo del sitio de implantación placentaria

Afecta a las pacientes en edad reproductiva y constituye un hallazgo incidental en biopsias endometriales, se trata de una proliferación benigna del trofoblasto intermedio de tipo coriónico en vez del trofoblasto intermedio del sitio de implantación placentaria. Si se excluyen las pacientes en las cuales constituye un hallazgo incidental se pueden encontrar pacientes que consultan por dismenorrea o metrorragia, esterilidad o supuesta retención de restos placentarios.

Macroscópicamente se caracterizan por ser nodulares, a veces múltiples y en general constituidas por un tejido semiblando, grisáceo amarillento y con moteado gris pálido. Microscópicamente son lesiones bien circunscritas rodeadas por una población celular mixta de extirpe inflamatoria y decidua, la proliferación celular recuerda al trofoblasto extravelositario presente en la membrana fetales, en la mayoría de los casos las células se encuentran inmersas en un estroma hialino, no se visualizan mitosis.

Tumor trofoblásticoepiteliode

Este tumor es una entidad recientemente introducida los hallazgos clínicos y la apariencia microscópica de esta neoplasia es muy similar a la del tumor del sitio de implantación placentaria. Histológicamente se encuentran células trofoblásticas mononucleares en forma de nidos, cordones y masas sólidas, este tumor es macroscópicamente nodular y carece de un patrón de crecimiento infiltrativo. Alrededor de él se encuentra un infiltrado linfocítico y los cordones o nidos están íntimamente

asociados con un material eosinófilico fibrilar o hialino parecido a debris necrótico. Las figuras mitóticas son usualmente escasas y estas células son positivas para marcadores epiteliales. Este tumor se distingue del tumor del sitio de implantación placentaria porque tiene un patrón de crecimiento nodular no infiltrativo y por la presencia de debris necrótico y hialinización.

Lesión trofoblástica no clasificada.

Ocasionalmente la lesión trofoblástica no consta con los criterios histológicos descritos para lesiones específicas. En esta categoría se incluyen lesiones con cambios macroscópicos de mola pero que carecen de actividad trofoblástica anormal y lesiones con proliferación trofoblástica anormal en asociación con vellosidades no molares o ausencia del componente vellositario. Estas últimas lesiones carecen de la apariencia típica del coriocarcinoma o del tumor del sitio placentario esta puede ser descrita de manera cuidadosa específicamente como no clasificada.

Tratamiento

La probabilidad de recuperarse o pronóstico, y la selección del tratamiento dependen del tipo de tumor trofoblástico del embarazo, de si se ha diseminado a otros lugares y del estado general de salud de la paciente.

La **dilatación y curetage**(D y C) es una técnica quirúrgica con evacuación por succión, que consiste en expandir el orificio cervical o abertura del útero a través del cuello uterino, con el fin de extraer el material del interior del útero.

La **histerectomía**, que es una intervención quirúrgica en la que se extrae el útero. Los ovarios por lo general no se extraen como parte del tratamiento de esta enfermedad. Después de la cirugía, el médico supervisa concienzudamente a la paciente mediante

análisis de sangre periódicos para asegurarse de que el nivel de beta-HCG baje a los niveles normales. Si la concentración sanguínea de beta-HCG aumenta o no baja al nivel normal, deben solicitarse otras exploraciones para determinar si el tumor se ha diseminado. El tratamiento entonces depende de si hay enfermedad metastásica o no. Si hay metástasis normalmente se asocia quimioterapia y en ocasiones radioterapia.

La **quimioterapia** consiste en el uso de medicamentos para eliminar las células cancerosas. La quimioterapia se puede tomar en forma oral o se puede introducir en el cuerpo con una aguja insertada en una vena o en un músculo. La quimioterapia es un tratamiento sistémico, los medicamentos se introducen en la corriente sanguínea, viajan a través del cuerpo y pueden eliminar las células cancerosas que se encuentran fuera del útero. La quimioterapia puede administrarse antes de la cirugía, después de ella o por sí sola.

<p>Enfermedad trofoblástica no metastizante</p> <p>El tratamiento se continúa hasta una cura después de la negativización del marcador. La curva de respuesta óptima se muestra en la en que las flechas indican las curas de quimioterapia. Si no hay respuesta a Metrotexato se usa Actinomicina. Si falla Actinomicina se usa quimioterapia asociada. El seguimiento posterior a la negativización es cada 2 semanas por tres meses y luego mensual hasta completar un año.</p>	<p>QUIMIOTERAPIA MONODROGA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • METROTEXATO Metrotexato 0,4 mg/Kg/día IM por 5 días cada 2 semanas si leucocitos >2000, segmentados >1000 y plauquetas >100.000 • METROTEXATO-LEUCOVORINA Metrotexato 1 mg/Kg/día EV días 1,3,5,7 + Leucovorina 10% de la dosis de Metrotexato EV 24 horas después del Metrotexato. • ACTINOMICINA D 0,5 mg/día EV por 5 días cada 2 semanas si leucocitos >2000, segmentados >1000 y plaquetas >100.000.
--	---

Enfermedad trofoblástica metastizante de buen pronóstico	Igual a la ET no metastizante.
<p>Enfermedad trofoblástica metastizante de mal pronóstico</p> <p>El tratamiento se continúa hasta una cura después de la negativización del marcador.</p> <p>El seguimiento posterior a la negativización es cada 2 semanas por tres meses y luego mensual hasta completar un año.</p>	<p>QUIMIOTERAPIA ASOCIADA</p> <ul style="list-style-type: none"> • CISPLATINO-ETOPOSIDO <p>Cisplatino 100 mg/mt2 día 1 Etopósido 150 mg/mt2 día 1 y 2 Cada 2 semanas si leucocitos >2000, segmentados >1000 y plaquetas >100.000.</p>

Fuente: Robbins y Cotran; *Pathological Basis of Disease*

La **radioterapia** consiste en el uso de rayos X de alta energía para eliminar células cancerosas y reducir tumores. La radiación puede provenir de una máquina externa al cuerpo (radioterapia de haz externo) o de materiales que producen radiación (radioisótopos) colocados en el área donde se encuentran las células cancerosas por medio de catéteres (radiación interna).

13. TERMINOS OPERACIONALES

Variable Dependiente:

MOLA HIDATIFORME: es una degeneración quística edematosa de las vellosidades coriales que abarca la placenta y el resto del complejo ovular.

Variable Independiente:

Edad: tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta se expresa en años.

Estado Civil: condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.

Grado de Instrucción: es el grado más elevado de estudio realizados o en curso sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.

Lugar de Procedencia: espacio geográfico donde habita una persona.

Gestación gemelar previa: desarrollo simultáneo de dos fetos en la misma cavidad uterina, puede ser bivitelino o univitelino.

Paridad: se dice que una mujer ha dado a luz, por cualquier vía, vaginal o cesárea, uno o más productos (vivos o muertos) que pesaron 500gr o mas o que poseen más de 20 semanas de edad gestacional, hasta el momento en que se efectúa la medición como nulípara, primípara, multípara, gran multípara.

Edad gestacional: es el tiempo medido desde la última regla (FUR) hasta la fecha del examen.

Antecedente de mola hidatiforme: masa o tumor de ocurrencia rara que se puede formar en el útero con presencia de metrorragia en el 95% de los casos y eliminación de tejido molar (vesículas) con diagnostico clínico ultrasonografía y anatomía patológica de embarazo molar anterior.

Antecedente de aborto: toda interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas, con un peso inferior a 500gr con episodios previos diagnóstico clínico y/o ultrasonográfico.

Antecedente de uso de medicamentos de larga data: medicación sostenida por más de seis meses.

Síntomas: señal que aparece en el organismo en respuesta a una enfermedad.

Signos: todo aquello que quien ausculta puede ver, sentir oler y/o escuchar referente a un problema de salud.

Medios Diagnósticos: son todos aquellos exámenes de los que el médico se puede servir para apoyar o descartar el diagnóstico presuntivo de una patología.

Procedimiento quirúrgico: método de ejecución o pasos a seguir en forma secuenciada y sistémica en la consecución de un fin.

CAPITULO III

14. METODOLOGIA

a. METODO DE INVESTIGACION

Se realizó una revisión de historias clínicas de las gestantes diagnosticadas clínicamente con embarazo molar en el Hospital Regional de Loreto.

b. DISEÑO METODOLOGICO

El presente trabajo de investigación es un estudio de tipo retrospectivo y analítico de correlación entre variables independientes (factores de riesgo) y dependiente (embarazo molar)

c. POBLACION Y MUESTRA

Se trabajó con el 100% de las historias clínicas con diagnóstico clínico de embarazo molar correspondiente al Periodo de Enero del 2010 a Diciembre del 2014 atendidos en el Hospital Regional de Loreto

- **Criterios de inclusión**

Casos: Gestantes admitidas en el Hospital Regional de Loreto con diagnóstico clínico de embarazo molar entre enero del 2010 a diciembre del 2014

Controles: Gestantes admitidas en el Hospital Regional de Loreto sin diagnóstico clínico de embarazo molar seleccionándose por conveniencia como anterior y posterior al caso según el libro de registros del servicio de gineco-obstetricia entre enero 2010 y diciembre del 2014.

- **Criterios de exclusión:**

Pacientes con diagnóstico de aborto incompleto

Historias clínicas incompletas

➤ **Limitaciones del Estudio:**

- El diagnóstico se fundamenta en el estudio anatomopatológico de muestras obtenidas por curetaje uterino o mediante el estudio del útero. El hospital por no contar con este medio auxiliar de diagnóstico este estudio se limita al diagnóstico clínico y por ultrasonido.
- La valoración epidemiológica exacta de esta enfermedad está limitada en este estudio por la presencia de sesgo en la captación de los casos debido a que es factible la existencia de una determinada proporción de casos con esta patología que han pasado desapercibidos o que se presentan con cuadros clínicos similares a abortos espontáneos, donde el producto ya ha sido totalmente eliminado y, por tanto, no llegan a ser identificados, como tales.
- La posibilidad de que se altere la incidencia de los factores de riesgo no pueden ser descartados, ya que durante la recolección de datos no se cuentan con las historias clínicas (extraviadas)
- La incidencia de embarazo molar en el HRL, que se registrara en el período de 2010 y 2014. serán valores eminentemente referenciales, dado que serán incidencias hospitalarias y no reflejan, por tanto, la verdadera incidencia poblacional de esta patología.

d. TECNICAS E INSTRUMENTOS

Se utilizó una ficha previamente elaborada para la recolección de datos de las historias clínicas de los pacientes que conformaran la población de estudio.

La fuente de información es secundaria puesto que se obtendrán de las historias clínicas.

e. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Se envió una solicitud dirigida al director del hospital regional de Loreto con copia al jefe del departamento de gineco-obstetricia para el permiso de acceso a la información.

- **Análisis de los datos**

El estudio retrospectivo analítico se realizó mediante la observación y el análisis de frecuencias que se presentan en los casos.

Los datos obtenidos fueron analizados a través del odds ratio (OR), que mide la influencia fuerza de daño de una población total. En este estudio se utilizó tablas de 2x2 o tablas de contingencia (expuestos y no expuestos).

$$OR = \frac{axd}{bxc}$$

Para determinar la asociación entre cada variable y el riesgo de morbilidad, se calculó el Odds Ratio (OR) con intervalo de confianza del 95% (IC95%). todas las pruebas estadísticas fueron comparadas con un nivel de probabilidad menor de 0.05 como criterio de significancia.

Los datos se ingresaron en una base de datos del paquete estadístico SPSS versión 22

f. PROTECCION DE LOS DERECHOS HUMANOS

El presente trabajo de investigación por su naturaleza de ser un estudio no experimental retrospectivo analítico, no atenta contra los derechos humanos de las personas.

CAPITULO IV

15. RESULTADOS

FRECUENCIA E INCIDENCIA

Durante los años 2010 a 2014 los casos de embarazo molar atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto fueron 92 pacientes, de las cuales solo 77 fueron tomadas en cuenta para el presente estudio por cumplir los criterios de inclusión, siendo 15 historias clínicas con datos incompletos e historias extraviadas.

Tabla 01

Tabla Frecuencia de Casos de Embarazo Molar en Gestantes Atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre los años 2010, 2011, 2012, 2013 y 2014.

	2010	2011	2012	2013	2014
Embarazo molar	16	27	23	12	14
Gestantes	4543	4680	5017	4241	4316
Frecuencia de casos	0.35%	0.58%	0.46%	0.28%	0.32%

Durante el año 2010 se encontró una frecuencia de casos de 0.35%, en el 2011 de 0.58%, en el 2012 de 0.46%, en el 2013 de 0.28%, en el 2014 de 0.32% y una incidencia de 4.03 por cada 1000 embarazos en los cinco años en estudio.

Para cumplir los objetivos del estudio se tomó en cuenta una proporción de 1:2 entre los casos y controles, siendo el 33.3% (77) de la muestra fueron mujeres con Embarazo Molar atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014, mientras el 66.7% representaron sus respectivos controles.

Características sociales

El promedio de edad en mujeres con Embarazo Molar atendidas en el Servicio de Gineco–Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre

2014 fue de 28.21 años (DE: ± 9.427) de edad y un mínimo fue de 15 años y máximo de 49 años de edad. De acuerdo a la distribución se obtuvo que el 36.4% (28) estuvo en el rango 21 a 30 años, el 28.6 (22) estuvo en los rangos menor e igual de 20 años así como los del rango 31 a 45 años, y el 6.5% (5) fueron mayores iguales de 46 años; en el cual en grupo control se obtuvo porcentajes de semejante características.

Tabla 02

Características sociales en mujeres con Embarazo Molar y sus controles atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014.

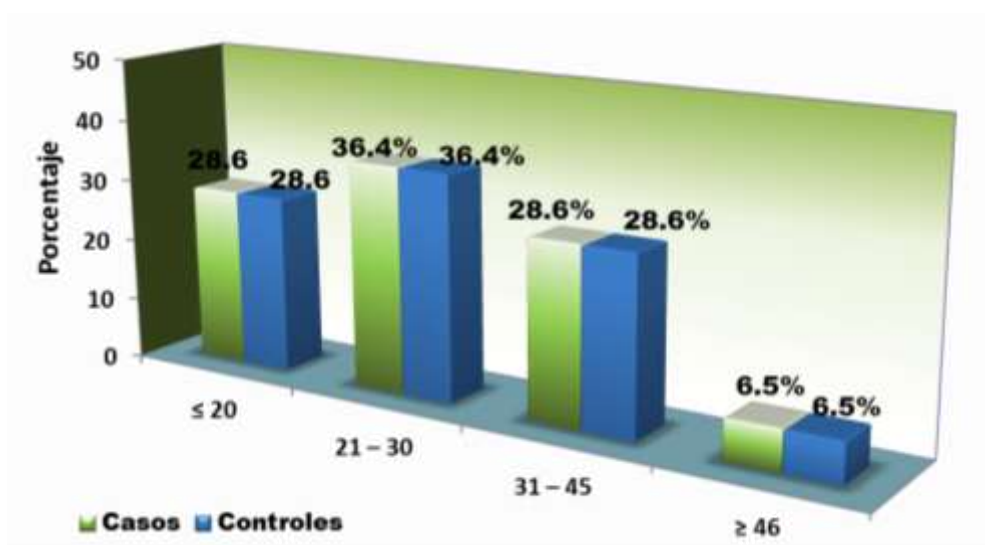
Características Sociales		Casos n= 77		Controles n= 154	
		N	%	n	%
Grupo Etáreo	≤ 20	22	28.6	44	28.6
	21 – 30	28	36.4	56	36.4
	31 – 45	22	28.6	44	28.6
	≥ 46	5	6.5	10	6.5
Caso: DE= 9.427; Media= 28.21; Min= 15; Max= 49					
Control: DE= 9.425; Media= 28.24; Min= 15; Max= 49					
Estado Civil	Soltera	16	20.8	22	14.3
	Casada	5	6.5	21	13.6
	Conviviente	56	72.7	111	72.1
	Ninguno	2	2.6	0	0.00
Grado de Instrucción	Primaria	24	31.2	27	17.5
	Secundaria	44	57.1	111	72.1
	Superior No Universitario	6	7.8	8	5.2
	Superior Universitario	1	1.3	8	5.2
Procedencia	Urbano	56	72.7	144	93.5
	Rural	21	27.3	10	6.5

El 72.7% (56) en mujeres con Embarazo Molar atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014 fue de estado civil conviviente, el 20.8% (16) fue soltera y el 6.5% (5) fue casada; en cambio en el grupo control el 72.1% (111) fue conviviente, el 14.3% (22) fue soltera y el 13.6% (21) fue casada.

El 57.1% (44) en mujeres con Embarazo Molar atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014 fue de grado de instrucción secundario, el 31.2% (24) fue de nivel primario, el 7.8% (6) fue superior no universitario, el 2.6% (2) no tuvieron ningún grado y el 1.3% (1) tuvieron superior universitario; en cambio en el grupo control el 72.1% (111) fueron de grado secundario, el 17.5% (27) fue de grado primario, el 5.2% (8) fueron de los grados superior universitario y no universitario y el 0.0% (0) son los que no tuvieron ningún grado de instrucción.

Grafico 01

Distribución según edad en mujeres con Embarazo Molar y sus controles atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014



El 72.7% (56) en mujeres con Embarazo Molar atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014 fue de procedencia urbana y el 27.3% (21) fue de procedencia rural; en cambio en el grupo control el 93.5% (144) fue de procedencia urbana y el 6.5% (10) fue de procedencia rural.

Grafico 02

Distribución según estado civil en mujeres con Embarazo Molar y sus controles atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014.

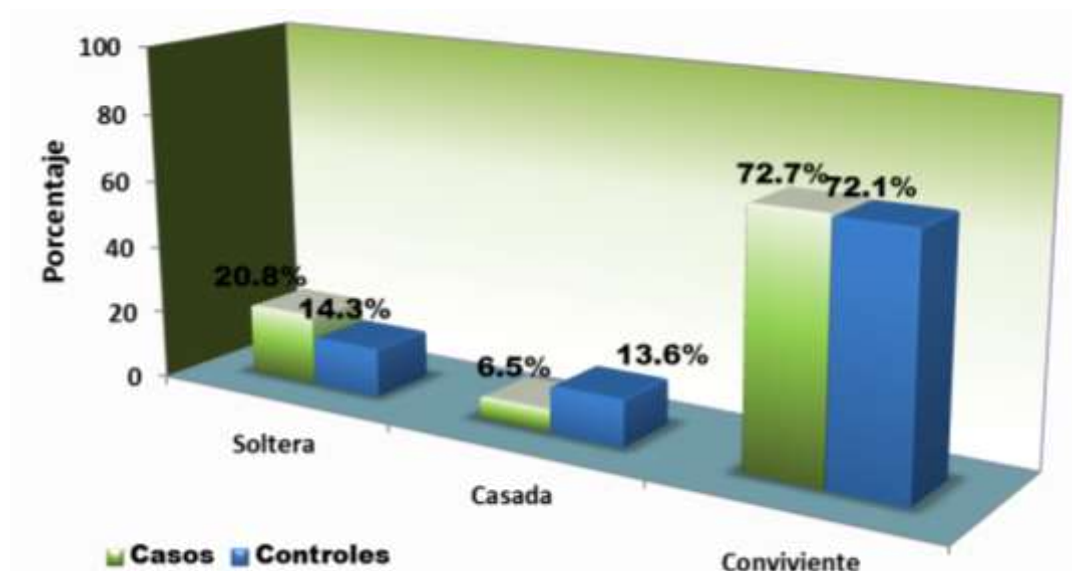


Grafico 03

Distribución según grado de instrucción en mujeres con Embarazo Molar y sus controles atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014.

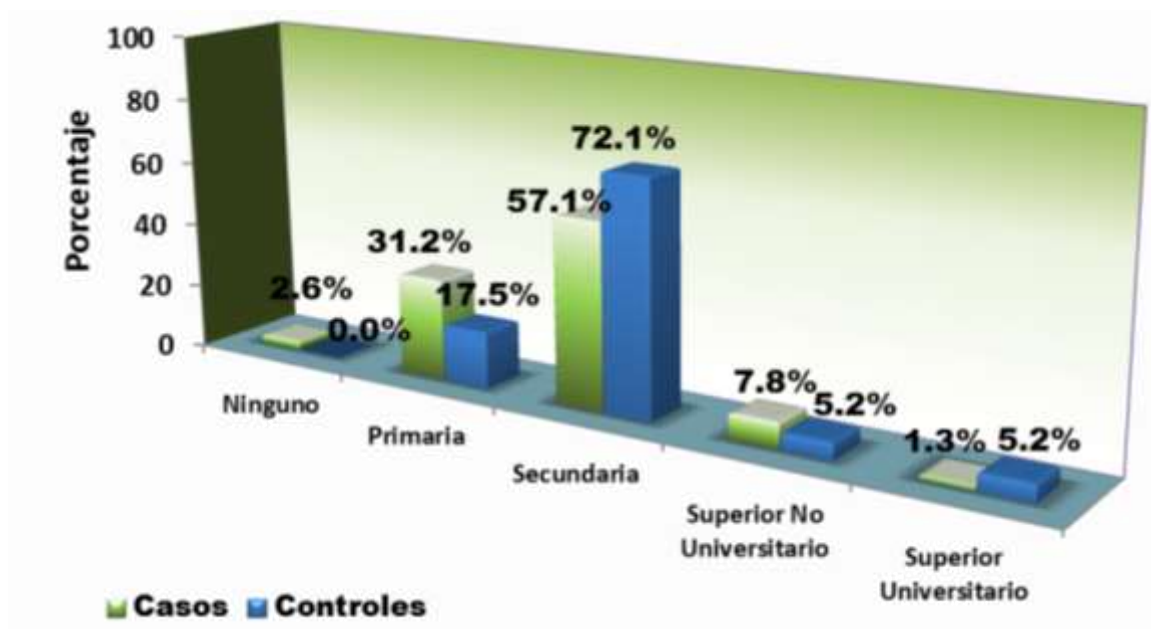
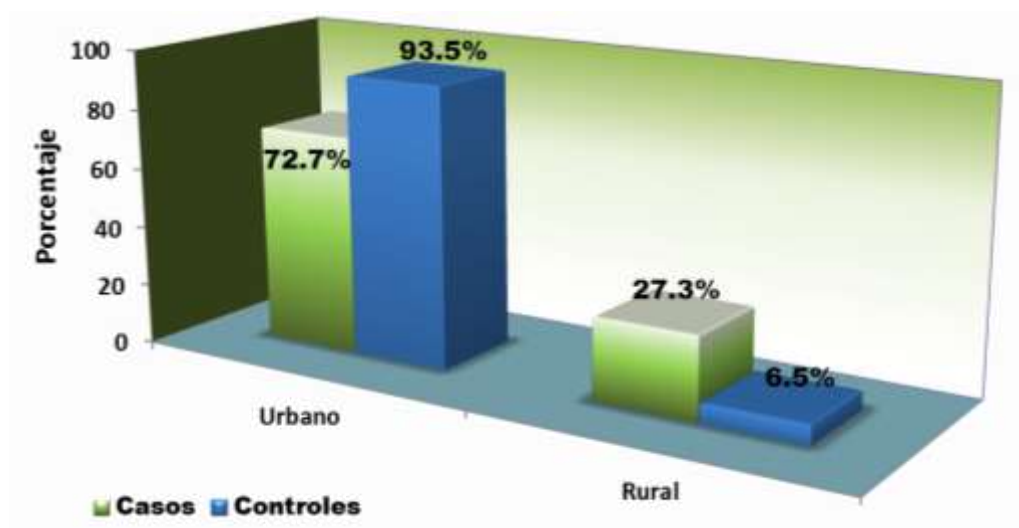


Grafico 04

Distribución según procedencia en mujeres con Embarazo Molar y sus controles atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014



Características Obstétricas

El 1.3% (1) en mujeres con Embarazo Molar atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014 fue que si presentaron gestación gemelar previa y el 98.7% (76) no presentó la gestación gemelar previa; en cambio en el grupo control el 10.4% (16) si presentaron gestación previa y el 89.6% (138) no lo tuvo.

El 39.0% (30) en mujeres con Embarazo Molar atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014 fue múltipara, el 27.3% (21) fue gran múltipara, el 24.7% (19) fue nulípara y el 9.1% (7) fue primípara; en cambio en el grupo control el 50.6% (78) fue múltipara, el 35.1% (54) fue ron nulíparas, el 9.7% (15) fue gran múltipara y el 4.5% (7) fue primípara.

Tabla 03

Características Obstétricas en mujeres con Embarazo Molar y sus controles atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014.

Factores Obstétricos		Casos n= 77		Controles n= 154	
		n	%	n	%
Gestación Gemelar	Si	1	1.3	16	10.4
Previa	No	76	98.7	138	89.6
Paridad	Nulípara	19	24.7	54	35.1
	Primípara	7	9.1	7	4.5
	Múltipara	30	39.0	78	50.6
	Gran Múltipara	21	27.3	15	9.7
Edad Gestacional	≤ 10 Sem	18	23.4	36	23.4
	11 – 20 Sem	47	61.0	92	59.7
	21 – 30 Sem	11	14.3	24	15.6
	≥ 31 Sem	1	1.3	2	1.3
Antecedente Molar	Si	3	3.9	0	0.0
	No	74	96.1	154	100.0
Antecedente de Aborto	Si	30	39.0	11	7.1
	No	47	61.0	143	92.9

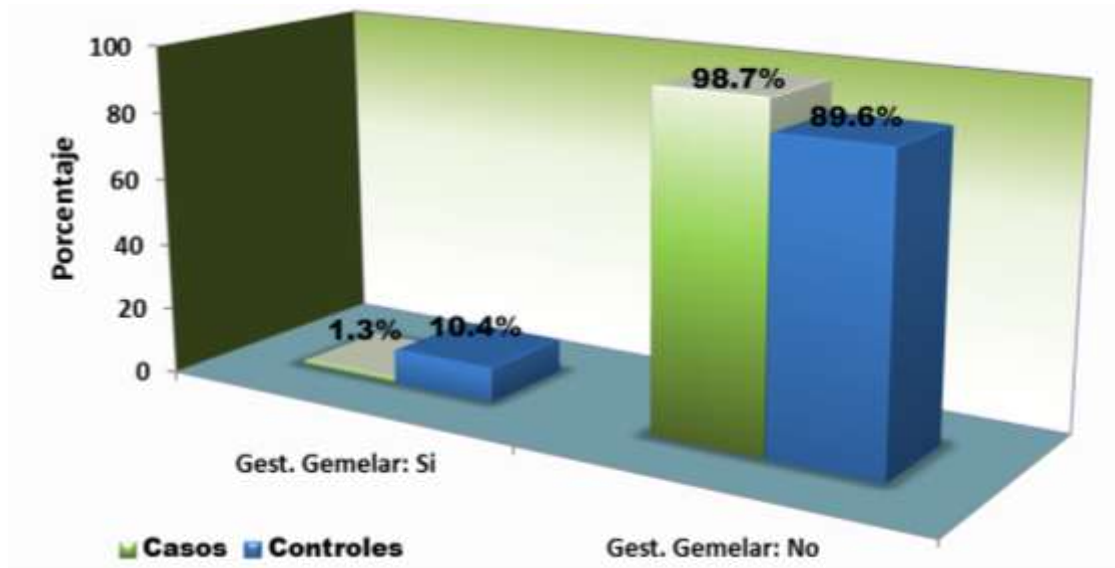
El 61.0% (47) en mujeres con Embarazo Molar atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014 presentaron edad gestacional de 11 a 20 semanas, el 23.4% (18) presentaron tener menor igual de 10 semanas, el 14.3% (11) estuvo en 21 a 30 semanas y el 1.3% (1) estuvieron en mayor igual de 31 semanas; en cambio el grupo control 59.7% (92) estuvo en 11 a 20 semanas, el 23.4% (36) estuvo en menor igual a 10 semanas, el 15.6 % (24) estuvo en 21 a 30 semanas y el 1.3% (2) estuvo en mayor igual a 31 semanas.

El 96.1% (77) en mujeres con Embarazo Molar atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014 no

presentaron antecedente molar, el 3.9% (3) si presentaron antecedente, en cambio en el grupo control el 100.0% (154) no presentaron antecedente molar.

Grafico 05

Distribución según gestación gemelarprevia en mujeres con Embarazo Molar y sus controles atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014.



El 61% (47) en mujeres con Embarazo Molar atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014 no presentaron antecedente de aborto y el 39.0% (30) si presentaron; en cambio en el grupo control el 92.9% (143) no presentaron antecedente de aborto y el 7.1% (11) si presentaron antecedente de aborto.

Grafico 06

Distribución según paridad en mujeres con Embarazo Molar y sus controles atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014.

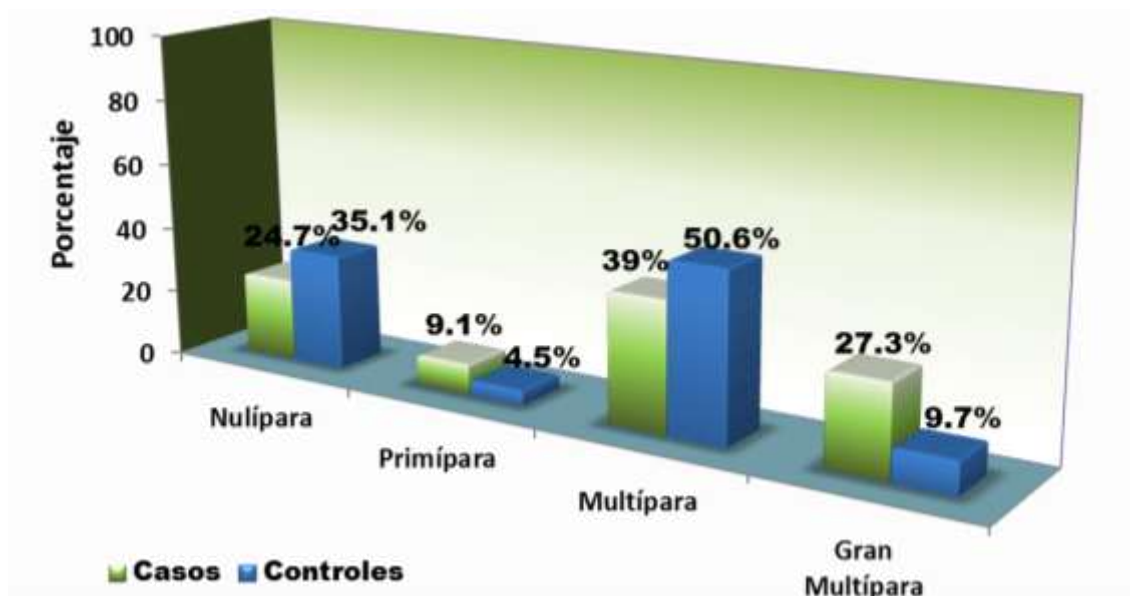


Grafico 07

Distribución según edad gestacional en mujeres con Embarazo Molar y sus controles atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014.

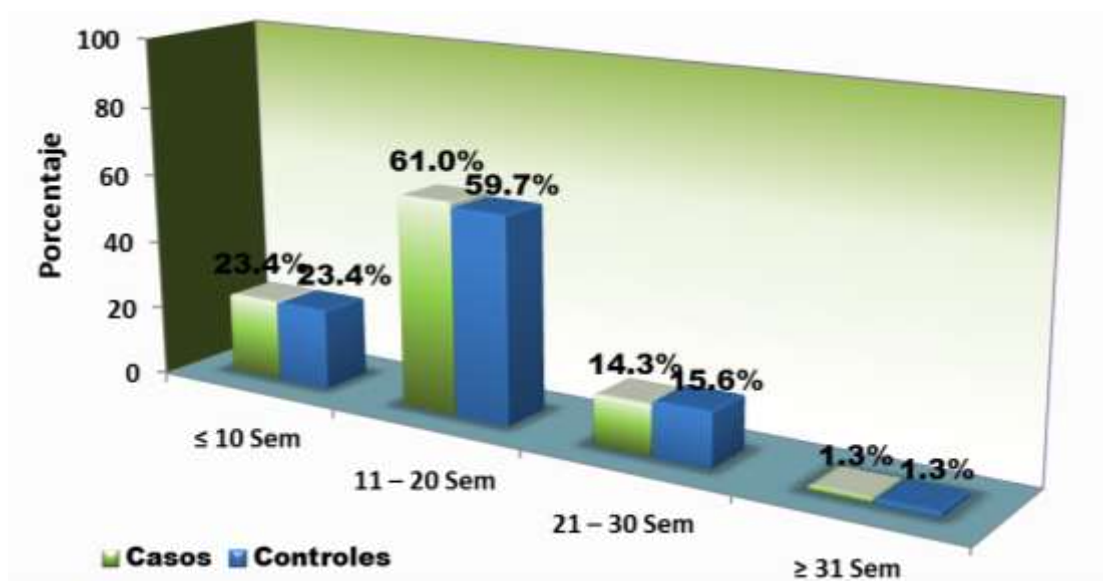


Grafico 08

Distribución según antecedente molar en mujeres con Embarazo Molar y sus controles atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014.

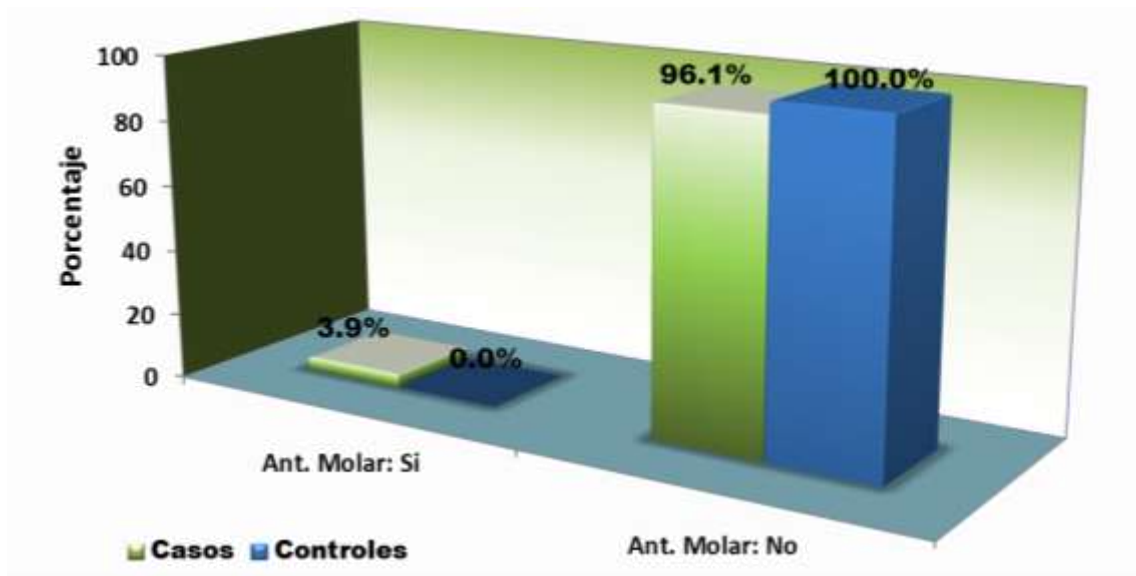


Grafico 09

Distribución según antecedente de aborto en mujeres con Embarazo Molar y sus controles atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014.

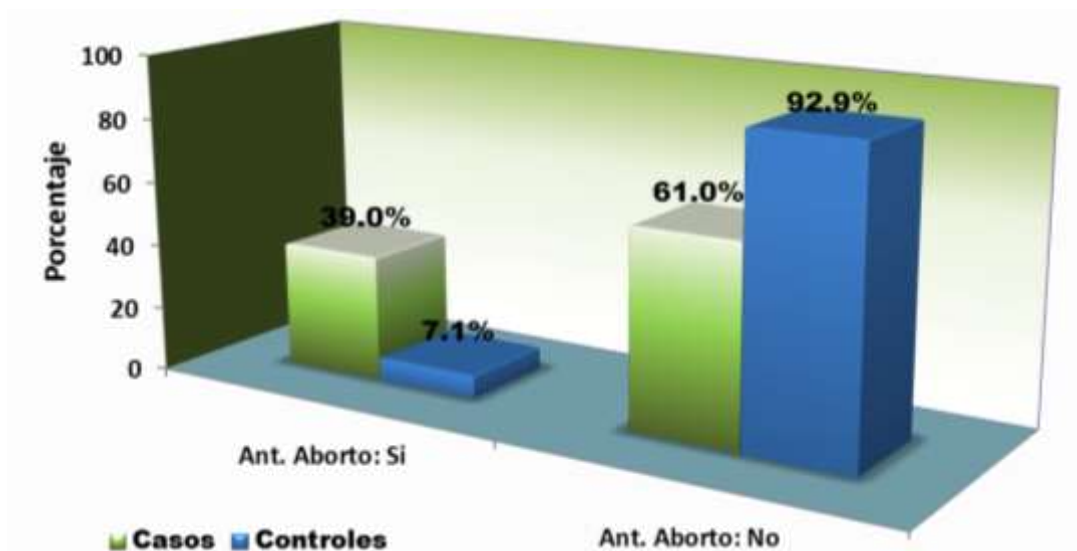


Tabla 04

Uso de medicamentos por más de 6 meses en mujeres con Embarazo Molar y sus controles atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014.

Medicamentos		Casos n= 77		Controles n= 154	
		n	%	n	%
ACO	Si	24	31.2	10	6.5
	No	53	68.8	144	93.5
Anti HTA	Si	1	1.3	0	0.0
	No	76	98.7	154	100.0
Anti DM	Si	1	1.3	0	0.0
	No	76	98.7	154	100.0

El 68.8% (53) en mujeres con Embarazo Molar atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014 tomaron ACO por más de 6 meses, el 98.7% (76) tomaron algún anti HTA como algún anti DM; en cambio en el grupo control el 6.5% (10) tomaron ACO por más de 6 meses, y no tomaron ningún anti HTA como anti DM.

Grafico 10

Distribución según uso de ACO en mujeres con Embarazo Molar y sus controles atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014.

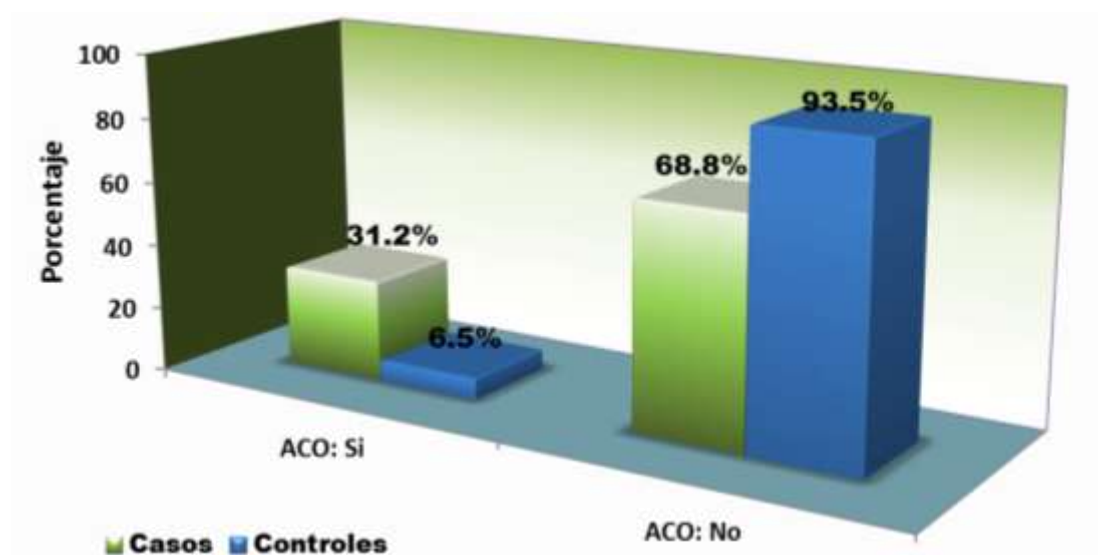


Grafico 11

Distribución según uso de antihipertensivos en mujeres con Embarazo Molar y sus controles atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014.

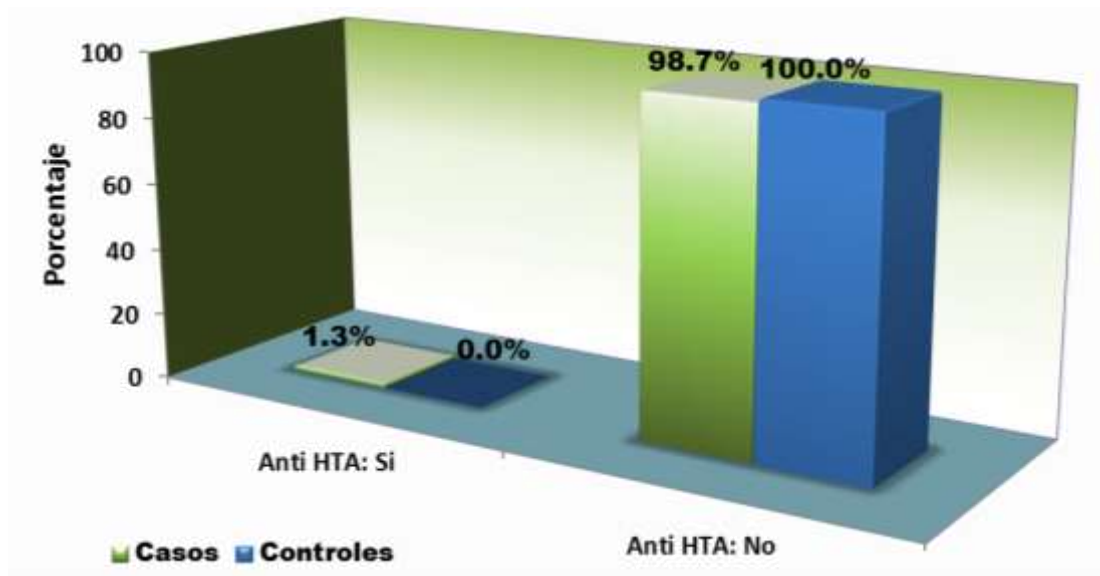


Grafico 12

Distribución según uso de antidiabéticos en mujeres con Embarazo Molar y sus controles atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014.

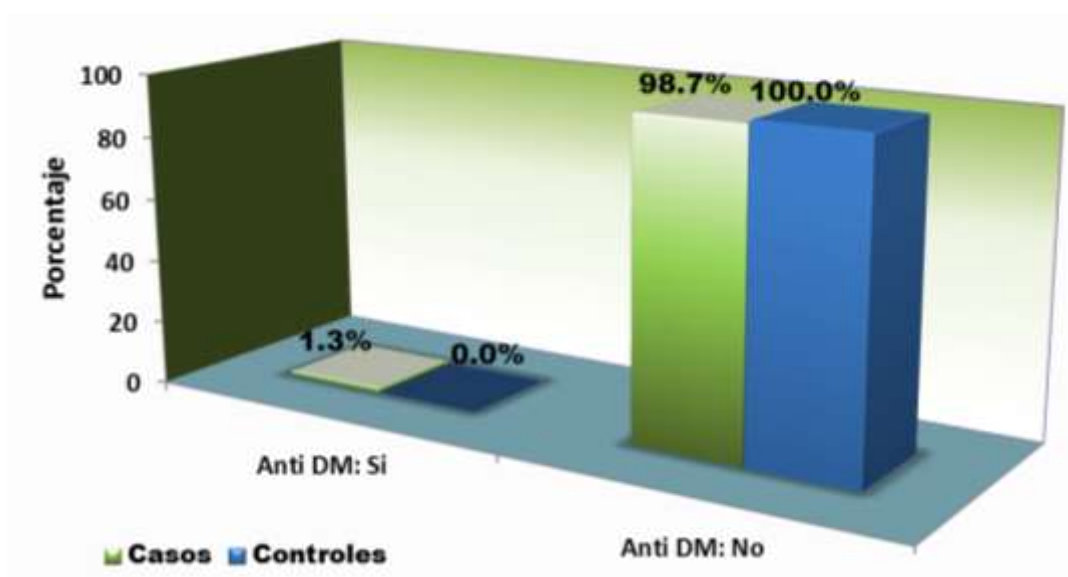


Tabla 05**HALLAZGOS CLINICOS**

Tabla de Síntomas y Signos en mujeres con Embarazo Molar y sus controles atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014.

Síntomas y Signos		Casos n= 77	
		n	%
Síntomas	Dolor en Hipogastrio	59	76.6
	Náuseas y Vómitos	16	20.8
	Palidez	31	40.3
	Cefalea	7	9.1
Signos	Sangrado Vaginal	70	90.9
	Útero Blando	2	2.6
	Altura Uterina discordante	6	7.8
	Expulsión de Vesículas por Vagina	2	2.6

El 76.6% (59) en mujeres con Embarazo Molar atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014 presentaron como síntoma dolor en hipogastrio, el 20.8% (16) presentaron náuseas y vómitos, el 40.3% (31) presentaron palidez y el 9.1% (7) presentaron cefalea; en cambio el grupo control no presentaron ningún síntoma.

El 90.9% (70) en mujeres con Embarazo Molar atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014 presentaron como signo sangrado vaginal, el 2.6% (2) presentaron útero blando, el 7.8% (6) presentó altura uterina discordante, el 2.6% (2) presentó expulsión de vesículas por vagina; en cambio el grupo control no presentó ningún signo.

Tabla 06

Tabla de exámenes auxiliares utilizados en mujeres con Embarazo Molar atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014

Diagnósticos		Casos n= 77		Controles n= 154	
		n	%	n	%
Ecografía Abdominal	Si	77	100.0	10	6.5
	No	0	0.0	144	93.5
Ecografía Transvaginal	Si	0	0.0	0	0.0
	No	77	100.0	154	100.0
BHCG	Si	36	46.8	0	0.0
	No	41	53.2	154	100.0

El 100.0% (77) en mujeres con Embarazo Molar atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014 se realizó ecografía abdominal, el 100.0% (77) no se hizo ecografía transvaginal y el 46.8% (36) se hizo BHCG cuantitativo; en cambio en el grupo control el 6.5% (10) se realizó ecografía abdominal, no se realizó ningún otro examen auxiliar.

Tabla 07

Tabla de Procedimientos Quirúrgicos utilizados en mujeres con Embarazo Molar en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014.

Diagnósticos	Casos n= 77		Controles n= 154	
	n	%	n	%
Aspiración Eléctrica + LU	6	7.8	0	0.0
LU	49	63.6	110	71.4
AMEU	21	27.3	0	0.0
Histerectomía	1	1.3	0	0.0
Ninguno	0	0.0	44	28.6

El 63.6% (49) en mujeres con Embarazo Molar atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014 se realizó LU, el 27.3% (21) se realizó AMEU, el 7.8% (6) se realizó aspiración eléctrica más LU, el 1.3% (1) le realizaron histerectomía; en cambio en el grupo control el 71.4% (110) se realizaron LU, y luego no se realizaron ningún procedimiento quirúrgico.

RELACIÓN DE ASOCIACIÓN ENTRE FACTORES SOCIALES Y OBSTETRICOS

Tabla 08

Tabla de Relación Factores Sociales asociados con Embarazo Molar en Gestantes Atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014.

		Tipo				Estadísticos			IC 95%		
		Caso		Control		PE	Valor p	OR	LI	LS	
		n	%	n	%						
Grado de Instrucción	Ninguno	2	2.6	0	0.0	4.035	0.045	3.053	2.536	3.676	
	Primaria	24	31.2	27	17.5	5.549	0.018	2.130	1.127	4.025	
	Secundaria	44	57.1	111	72.1	5.187	0.023	0.517	0.291	0.916	
Procedencia	Urbano	56	72.7	144	93.5	19.076	0.000013	0.185	0.082	0.418	
	Rural	21	27.3	10	6.5	19.076	0.000013	5.400	2.393	12.185	
Paridad	Gran múltipara	21	27.3	15	9.7	11.994	0.001	3.475	1.672	7.223	
	Gestación Gemelar	1	1.3	16	10.4	6.223	0.013	0.113	0.015	0.872	
Antecedente	Embarazo Molar	3	3.9	0	0.0	6.079	0.014	3.081	2.555	3.716	
	Aborto	30	39.0	11	7.1	35.599	0.0000000024	8.298	3.860	17.840	

En el presente estudio al utilizar la prueba de chi cuadrado para determinar la existencia de asociación entre las variables que se utilizó en los casos, se encontró una asociación significativa con el grado de instrucción, procedencia, paridad antecedente, pues se encontraron valores p menor a 0,05; estos valores p demuestran que la asociación es significativa y que no es debida al azar.

Al construir una tabla cruzada entre grado de instrucción y el embarazo Molar, se encontró que en las mujeres con embarazo Molar, el 2.6% (2) fueron analfabetas, el 31.2% (24) fue primaria, y el 57.1% (44). Mientras que en aquellas sin embarazo molar, el 72.1% (111) fueron de nivel secundario, el 17.5% (27) de primaria y ninguna analfabeta.

Al relacionar el grado de instrucción con el embarazo Molar a través de la Prueba Chi cuadrada, se encontró relación significativa por tener valores $p < 0,05$. (Tabla 08)

Al analizar la variable grado de instrucción analfabeta como factor de riesgo de embarazo Molar se encontró un OR mayor de 1 (OR: 3.053) con Intervalo de Confianza de 2.536 - 3.676, entendiéndose entonces que el ser analfabeta en las de embarazo Molar es un factor de riesgo estadísticamente significativo, pues esta variable es 3 veces mayor riesgo a embarazo molar que en aquellas madres sin embarazo Molar (Tabla N°8).

Al analizar la variable grado de instrucción primaria como factor de riesgo de embarazo Molar se encontró un OR mayor de 1 (OR: 2.130) con Intervalo de Confianza de 1.127 - 4.025, entendiéndose entonces que el nivel primario en las de embarazo Molar es un factor de riesgo estadísticamente significativo. (Tabla N°8).

Al analizar la variable grado de instrucción secundaria como factor de riesgo de embarazo Molar se encontró un OR menor de 1 (OR: 0.517) con Intervalo de Confianza de 0.291 - 0.916, entendiéndose entonces que el nivel secundario en las de mujeres con embarazo Molar es un factor de protector estadísticamente significativo. (Tabla N°8).

Al construir una tabla cruzada entre procedencia y el embarazo Molar, se encontró que en las mujeres con embarazo Molar, el 72.7% (56) fueron de procedencia urbana y

el 27.3% (21) fueron de procedencia rural. Mientras que en aquellas sin embarazo molar, el 93.5% (144) fueron de procedencia urbana y el 6.5% (10) fueron de procedencia rural.

Al analizar la variable procedencia urbana como factor de riesgo de embarazo Molar se encontró un OR menor de 1 (OR: 0.185) con Intervalo de Confianza de 0.082 - 0.418, entendiéndose entonces que procedencia urbana en las de embarazo Molar es un factor protector estadísticamente significativo. (Tabla N°8).

Al analizar la variable procedencia rural como factor de riesgo de embarazo Molar se encontró un OR mayor de 1 (OR: 5.400) con Intervalo de Confianza de 2.393 - 12.185, entendiéndose entonces que el procedencia rural en las de mujeres con embarazo Molar es un factor de riesgo estadísticamente significativo. (Tabla N°8).

Al analizar la variable gran multiparidad como factor de riesgo de embarazo Molar se encontró un OR mayor de 1 (OR: 3.475) con Intervalo de Confianza de 1.672 - 7.223, entendiéndose entonces que la gran multiparidad en las de embarazo Molar es un factor de riesgo estadísticamente significativo. (Tabla N°8).

Al analizar la variable antecedente de gestación gemelar como factor de riesgo de embarazo Molar se encontró un OR menor de 1 (OR: 0.113) con Intervalo de Confianza de 2.393 - 12.185, entendiéndose entonces que el antecedente de gestación gemelar en las mujeres es un factor protector estadísticamente significativo a embarazo Molar. (Tabla N°8).

Al analizar la variable antecedente de embarazo molar como factor de riesgo de embarazo Molar se encontró un OR mayor de 1 (OR: 3.081) con Intervalo de Confianza de 2.555 - 3.716, entendiéndose entonces que el tener antecedente de embarazo molar es

un factor de riesgo estadísticamente significativo a embarazo molar, pues esta variable es 3 veces mayor riesgo a embarazo molar que en aquellas madres sin embarazo Molar (Tabla N°8).

Al analizar la variable antecedente de aborto como factor de riesgo de embarazo Molar se encontró un OR mayor de 1 (OR: 8.298) con Intervalo de Confianza de 3.860 - 17.840, entendiéndose entonces que el tener antecedente de aborto es un factor de riesgo estadísticamente significativo a embarazo molar, pues esta variable da 3 veces mayor riesgo a desarrollar embarazo molar que en aquellas madres sin embarazo Molar (Tabla N°8).

NIVEL DE IMPORTANCIA DE LOS FACORES DE RIESGO

Factor de riesgo	OR
Antecedente de aborto	8.298
Procedencia rural	5.400
Gran multiparidad	3.475
Antecedente de embarazo molar	3.081
Analfabetismo	3.053
Grado de instrucción primaria	2.130
<hr/>	
Factor protector	OR
Antecedente de gestación gemelar	0.113
Procedencia urbana	0.185
Grado de instrucción secundaria	0.517

16. DISCUSIONES

Actualmente se tiene una pobre comprensión de las características epidemiológicas del embarazo molar, no sólo en relación con la incidencia y prevalencia, por tanto del impacto real de esta patología y sus complicaciones en la población susceptible, sino también en los factores de riesgo que permiten dar una orientación sobre la etiología de esta enfermedad.

Es necesario considerar posibles fuentes de error como por ejemplo la constituida por los casos de Embarazo molar que no han sido incluidos, pues es posible la existencia de una determinada cantidad de casos con esta patología que han pasado desapercibidos o que se presentan con cuadros clínicos similares a abortos espontáneos, donde el producto ya ha sido totalmente eliminado y, por tanto, no llegan a ser identificados, como tales, Este sesgo en la captación del tipo mencionado de pacientes y cuya proporción se desconoce afecta todos los estudios revisados sobre el tema y limita una valoración más exacta de la enfermedad epidemiológicamente. Por otro lado, como se mencionaba en metodología, de los 92 casos hallados en estadísticas fueron incluidos únicamente 77, por hallarse las historias de los restantes extraviados. Si bien no puede definirse la existencia de un patrón regular para la pérdida de estas historias, la posibilidad de alterar la prevalencia de un probable factor de riesgo en los casos no puede ser descartado.

El promedio de edad de las mujeres con Embarazo Molar del estudio fue de 28.21 años (DE: + 9.427), con mínimo de 15 años y máximo de 49 años, encontrando un mayor porcentaje (36.4%) en el rango 21 a 30 años, seguido del 28.6% de las de menos de 20 años. Este resultado es similar a lo encontrado por **Jefferson y cols.** Quienes reportaron que la edad promedio de las pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional fue de

28,42 años, con el 21% que correspondió a menores de 20 años, y el 18% a mujeres mayores de 35 años.

El 72.7% fueron de estado civil conviviente, el 20.8% soltera y el 6.5% casada; en cambio en el grupo control el 72.1% (111) fue conviviente, el 14.3% (22) fue soltera y el 13.6% (21) fue casada, no existiendo diferencia significativa entre ambos grupos. Este resultado es similar a **Jefferson y cols** pues no se encontró relación entre estado civil con la condición de enfermedad, **Messerli** (6) tampoco halla relación entre el estado marital y la presencia de enfermedad; sin embargo, **Parazzini y col.**(4) encuentran que los casos de Enfermedad trofoblástica son más frecuentes en parejas no casadas, calculando un OR estimado de 2,1.

El 57.1% fue de grado de instrucción secundario, el 31.2% (24) fue de nivel primario, el 7.8% (6) fue superior no universitario, el 2.6% (2) no tuvieron ningún grado y el 1.3% (1) tuvieron superior universitario; en cambio en el grupo control el 72.1% (111) fueron de grado secundario, el 17.5% (27) fue de grado primario, el 5.2% (8) fueron de los grados superior universitario y no universitario y el 0.0% (0) son los que no tuvieron ningún grado de instrucción.

El 72.7% (56) en mujeres con Embarazo Molar atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre Enero 2010 – Diciembre 2014 fue de procedencia urbana y el 27.3% (21) fue de procedencia rural; en cambio en el grupo control el 93.5% (144) fue de procedencia urbana y el 6.5% (10) fue de procedencia rural.

En el presente estudio el nivel secundario resulto un factor protector estadísticamente significativo a embarazo Molar (OR: 0.517; IC: 0.291 - 0.916), Resultado similar fue

encontrado por **Jefferson y cols** donde el grado de instrucción secundaria se asoció con un riesgo menor (OR=0,48, IC=0,233-0,98).

Se demostró que la gran multiparidad es un factor de riesgo estadísticamente significativo en el embarazo Molar (OR: 3.475; IC: 1.672 - 7.223), **Jefferson y cols** no demostraron un efecto protector o de riesgo de la multiparidad en la adquisición de enfermedad trofoblástica gestacional.

En el presente estudio se encuentra que el tener antecedente de embarazo molar es un factor de riesgo estadísticamente significativo a embarazo molar (OR: 3.081; IC: 2.555 - 3.716). Del mismo modo, **Parazini y cols** encontraron que la historia familiar de embarazo molar fue de mayor frecuencia en los casos molares que en los controles (Odds ratio 16,0, IC 95% 3,2-80,3). **Parazini y cols**. Antecedentes personales de embarazo molar aumenta el riesgo odds ratios fue 12,0 (95% intervalo de confianza 3,0 a 38,9) **Jefferson y cols** también reporta que el antecedente de embarazo molar previo se asoció con un incremento del riesgo, pero, sin alcanzar significación estadística (OR=6,51, p=0,101).

17. CONCLUSIONES

- Durante el año 2010 de las gestantes atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto se encontró una incidencia de 4.03 por cada 1000 embarazos en los cinco años de estudio
- Los factores sociales asociados significativamente a embarazo fueron el grado de instrucción y la procedencia.
- A menor grado de instrucción mayor riesgo de que se produzca un embarazo molar en la población.
- Ser de procedencia rural tiene mayor riesgo de que produzca embarazo molar en la población en comparación con las que proceden de zonas urbanas
- La gran multiparidad es un factor de riesgo estadísticamente significativo a embarazo Molar.
- El antecedente de gestación gemelar es un factor protector estadísticamente significativo a embarazo.
- El antecedente de embarazo molar es un factor de riesgo estadísticamente significativo a embarazo.
- El antecedente de aborto es un factor de riesgo estadísticamente significativo a embarazo Molar.
- Los síntomas más frecuentes fueron dolor en hipogastrio, náuseas y vómitos, palidez, y cefalea.
- Los signos más frecuentes fueron sangrado vaginal, útero blando, altura uterina discordante y expulsión de vesículas por vagina.

18. RECOMENDACIONES

- Implantar el servicio de histopatología en el hospital regional de Loreto.
- Promover en los diferentes centros de salud que manejan zonas rurales dentro de su jurisdicción, campañas de información y concientización que incluyan el conocimiento y riesgos acerca del embarazo molar.
- Concientizar a la población de zonas rurales acerca de los riesgos de la multiparidad y de los beneficios de la planificación familiar.
- Reforzar el criterio médico de que todo sangrado transvaginal sin dolor, edema e hipertensión en el primer trimestre y segundo trimestre debe ser investigado minuciosamente como posible mola.
- Difundir al personal de salud que se tiene que hacer estrictamente el examen histopatológico a toda paciente con diagnóstico clínico de embarazo molar para mejorar la epidemiología histopatológica regional de los embarazos molares.

19. REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

1. **Elizabeth I, Donald P, F, Ross S.** gestational trophoblastic disease. *Clinicalobstetginecol* 2007; 50(1); 112-122.
2. M. J. O'Dowd; E. E. Philipp(en inglés). *The History of Obstetrics and Gynecology* (2.^a edición ilustrada). Informa HealthCare. Pp.526. [Acceso: 17 de mayo 2012]. Disponible en ISBN 1850700400.
3. Stephen J. *Epidemiology of gestational trophoblastic diseases. Bestpractice and research* 2003; 17(6);837-847.
4. MariaEzpeleta José, Lopezcousillas Alfredo. Enfermedad trofoblástica gestacional aspectos clínicos y morfológicos. *Revista española de patología* 2002. Vol. 5(2) [acceso: 17 de septiembre 2012]. Disponible en: <http://www.patologia.es/volumen35-num2/35-2n07.htm>.
5. J. Grases Fredo, Tresserra Casas Francisco. Enfermedad trofoblástica gestacional. Revisión. *RevObstetGinecolVenezv*.64n.2 caracas jun. 2004.[acceso:17 de septiembre 2012]. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve./scielo.php?pid=S004877322004000200006&scriptsciarttext>
6. Czembilsky B, Barash A, Lance M Partial Moles: a clinicopathologic study of 25 cases. *ObstetGynecol* 1982;59;75-77.
7. Sebire NJ, Foskett M, Paradinas FJ, et al. Outcome of twin pregnancies with complete hydatidiform mole and healthy co-twin. *Lancet* 2002;359:165166.
8. Boufettal H, Coullin P, Mahdaoui S, Noun M, Hermans S, Samouh N. Complete Hydatiforme mole in Morocco: epidemiological and clinical study. *JGinecolObstetBiolRepord(Paris)* 2011 sep;40(5):419-29. Epub 2011 Mar 31. French.

9. Steller MA, Genest DR, Bernstein MR, et al. Natural History of twin pregnancy with complete hidatidiform mole and coexisting fetus. *ObstetGynecol* 2009;83:35-42.
10. Paz D. Estudio epidemiológico, clínico y terapéutico de la mol hidatiforme en el complejo hospitalario Daniel A Carrion del callao. Tesis doctoral. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de Sanmarcos. 1974.
11. OMS. Enfermedad trofoblástica de la gestación. Serie de inf. Técnicos 692. Ginebra: OMS.1983.
12. Jones WJ, Jones GS. Enfermedad trofoblástica de la gestación. En: berek JS. Tratado de ginecología de Novak 10^{ma} edición. MexicoDF:Ed. Interamericana.1986.
13. Lage JM, Berkowitz RS, Rice LW, et al. Flow cytometric analysis of DN content in partial hydatiform moles with persistent gestational trophoblastic tumor, *Obstetgynecol* 1991;77:111-5.
14. Bagshawe KD. Risk and prognostic factors in trophoblastic neoplasia. *Cáncer* 1976;38: 1373-85.
15. Jauniaux E, Kadre R, Hautin J. Partial mole and triploidy: screening patients with first trimester spontaneous abortion. *JGinecolObstetBiolReprod* 1996;46:941-946.
16. Arteaga GC. Ginecología y reproducción humana. Temas selectos. Tomo I Mexico: colegio mexicano de especialistas en ginecología y obstetricia, 2006631-637.
17. Lira PJ, Tenorio GF, Gomez Pedroso RH, et al. Enfermedad trofoblástica gestacional: experiencia de 6 años en el instituto nacional de perinatología. *Ginecolobstetmex* 1995;63:478-482.

20. ANEXOS

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	indicadores
Edad	Tiempo que una persona ha vivido a contar desde que nace.	tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta se expresa en años	Numérico Discreta	En años
Estado civil	Expresión jurídico político de la comunidad humana constituida para cumplir fines trascendentales dentro de la comunidad.	Estado jurídico político al momento del estudio.	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltera 2. Casada 3. Conviviente
Grado de Instrucción	Nivel educacional recibido por la madre	Se definirá por la historia clínica en primaria secundaria superior no universitario y superior universitario	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguna 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior no universitario 5. Superior universitario
Procedencia	Espacio geográfico donde habita una persona	Se definirá por historia clínica en urbano rural	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Urbano 2. Rural
Gestación gemelar	Desarrollo simultáneo de dos fetos en la misma cavidad uterina, puede ser bivitelino o univitelino.	Si: historia positiva de embarazo gemelar en gestación anterior. No: sin historia de embarazo gemelar en gestación anterior	Nominal	Si () No ()
Paridad	Número de niños vivos	Se define como	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nulípara 2. Primípara

	que ha parido.	nulípara aquella paciente que no tuvo ninguna paridad, múltipara que tuvo más de una paridad y gran múltipara que ha completado más de 4 embarazos.		3. Múltipara 4. Gran múltipara
Edad gestacional	Tiempo medido en semanas en el que apareció los primeros síntomas	Se definirá según lo referido por la paciente teniendo en cuenta el FUR	Numérico Discreto	En semanas
Antecedentes de aborto	Historia de aborto en gestaciones anteriores.	Si: historia positiva de aborto en gestación anterior. No: sin historia de aborto en gestación anterior	Nominal	Si () No ()
Antecedentes de uso de medicamentos de larga data	Historia de uso de medicamentos por más de seis meses	Si: historia positiva de uso de medicamentos de larga data. No: sin historia de uso de medicamentos de larga data.	Nominal	ACO Si () No () HTA SI () NO () DM SI () NO ()
Antecedentes de mola	Historia de mola hidatiforme en gestaciones anteriores	Si: historia positiva de mola en gestaciones anteriores. No: sin historia de mola en gestaciones	Nominal	Si () No ()

		anteriores		
Síntomas	Manifestaciones subjetivas que acompañan a la enfermedad al momento del ingreso	Se define según lo expresado en la historia clínica	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dolor hipogástrico 2. Náuseas y vómitos 3. Palidez 4. Otros
Signos	Todo hecho o circunstancia que nos sirva y ayude a evocar en nuestro entendimiento un hecho mórbido o nos facilite el más completo entendimiento.	Se define según lo expresado en la historia clínica	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sangrado vaginal 2. Altura uterina discordante 3. Útero blando 4. Expulsión de vesículas 5. Otros
Medios diagnósticos	Exámenes de laboratorio o de imágenes que ayuden al diagnóstico	Se define según lo expresado en la historia clínica.	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ecografía abdominal 2. Ecografía transvaginal 3. HCG beta
Procedimientos quirúrgicos	Utilización de técnicas quirúrgicas para el tratamiento de la mola hidatiforme	Se define según lo expresado en la historia clínica	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Legrado uterino 2. AMEU 3. Histerectomía 4. otros

Hoja de Recolección de datos

1. Edad_____
2. Estado civil: soltera___ casada___ Conv___
3. Grado de Instrucción: ninguna___ primaria___ secundaria___ superior no univ___ superior univ___
4. Procedencia: urbano___ Rural___
5. Gestación gemelar previa: Si___ No___
6. Paridad:
 - Nulípara si___ No___
 - Primípara Si___ No___
 - Multípara Si___ No___
 - Gran multípara Si___ No___
7. EG:_____
8. Antecedentes de embarazo molar: Si___ No___
9. Antecedentes de abortos previos: SI___ No___
10. Uso de medicamentos de larga data:
 - ACO: Si___ No___
 - HTA: Si___ No___
 - DM: Si___ No___
 - Otros_____
11. SINTOMAS:
 - Dolor hipogástrico___ náuseas y vómitos___
 - Palidez___ otros_____
12. SIGNOS:
 - Sangrado vaginal___ útero blando___
 - AU discordante___ expulsión de vesículas por vagina___
 - otros_____
13. Medios diagnósticos auxiliares:
 - Ecografía:
 - Abdominal Si___ No___
 - Transvaginal Si ___ NO___
 - Sub unidad beta hormona gonadotrofina corionica humana cuantitativa: Si___
 - No___
14. Procedimiento quirúrgico:
 - Aspiración eléctrica + LU: _____ LU___ AMEU:_____
 - Histerectomía:_____ OTROS___