

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS

TEMA

**"Incidencia, Manejo Obstétrico y Complicaciones del Embarazo Molar.
Hospital Nacional De Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón
2008 - 2010. "**

**Tesis Presentada Como Requisito Para Optar Por La Especialidad
En Ginecología Y Obstetricia**

AUTOR

Dr. Wilson Drouet Tutiven

Director:

Dra. Myrna Alvarado de Vargas.

Asesor:

Dra. Alicia Sánchez Medina

GUAYAQUIL-ECUADOR
2011

CERTIFICADO DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Programa de Especialización en Ginecología y Obstetricia, nombrado por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Medicina "Dr. Alejo Lazcano Bahamonde" de la Universidad de Guayaquil

CERTIFICO

Que he analizado el Proyecto de Trabajo de Grado presentado como requisito previo a la aprobación y desarrollo de la investigación y propuesta para optar por el grado de especialista en Ginecología y Obstetricia.

El problema de investigación se refiere a:

“Incidencia, Manejo Obstétrico y Complicaciones del Embarazo Molar. Hospital Nacional De Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón 2008 – 2010. ”

Presentado por:

Dr. Wilson Drouet Tutiven
CI:

Tutor: Dra. Myrna Alvarado de Vargas.

Año
2010 – 2011

DEDICATORIA

*A Dios todopoderoso, que ha estado conmigo en todo momento de mi vida.
A mis padres y esposa por su comprensión y apoyo.
A nuestras pacientes, motivo y estímulo de este estudio y a todas aquellas personas que
de una u otra manera hicieron posible la realización de este trabajo.*

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por guiarme en todo momento, a mi padre y a mi madre por su arduo apoyo, a mis docentes de postgrado y colegas de postgrado, a mi director de Tesis y a los Doctores Viteri y Sixto Buenaño, director y Subdirector de la escuela de postgrado.

RESUMEN

La mola hidatiforme es el producto anormal de una gestación caracterizada por la tumefacción y degeneración hidrópica de las vellosidades coriales, que tiene como característica la ausencia de vascularización y la tendencia ploriferativa del epitelio de revestimiento que se acompaña, a menudo, de un grado variable de hiperplasia del trofoblasto. Clásicamente la mola hidatiforme se ha dividido en dos grupos principales: la mola completa y la mola parcial. La mola clásica o completa no presenta feto o embrión y contiene un cariotipo 46 XX o 46 XY. Mientras que la mola parcial o incompleta se acompaña de embrión, feto, o saco gestacional con un cariotipo triploide, 69 XXY. El propósito de esta investigación es determinar la incidencia, evaluar el manejo Obstétrico, las complicaciones y perfil epidemiológico de las mujeres que presentaron embarazo molar en el área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, en donde las pacientes luego de haber ingresado por Emergencia, y consulta externa bajo esta presunción diagnóstica siendo valoradas utilizando una hoja de recolección de datos, historia clínica minuciosa, y exámenes complementarios. De acuerdo al caso, con un universo estudiado de 30 pacientes, en el período comprendido entre Enero del 2008 hasta Diciembre del 2010. La metodología es de tipo descriptivo – correlacional con diseño no experimental, longitudinal, retrospectivo. Los resultados obtenidos expresaron que el mayor porcentaje de pacientes que presentan embarazo molar está en el rango de 36 a 40 años con 37%, seguido del rango de 16 a 20 años con 30%. La variedad de embarazo molar que se observó con frecuencia es a la mola hidatiforme completa con 97%, y mola incompleta con 3%. La complicación que en mayor porcentaje se registro es la hemorragia con 40%, seguido de las infecciones con 30%, y la perforación uterina con 20%. El tratamiento de las pacientes con embarazo molar, corresponde al legrado uterino instrumental con el 100%.

Palabras Claves: Mola Hidatiforme, manejo obstétrico, complicaciones, factores de riesgo.

ABSTRACT

It likes her hidatiforme is the abnormal product of a gestation characterized by the swelling and dropsical degeneracy of the hairinesses coriales, that takes the absence as a characteristic of vascularización and the trend ploriferativa of the epithelium of coating that is accompanied, often, of a variable degree of hiperplasia of the trofoblasto. Classic it likes her hidatiforme has divided in two principal groups: it likes her completes and likes her partially. It likes her classic or complete he does not present fetus or embryo and contains a cariotipo 46 XX or 46 XY. Whereas it likes her partial or incomplete he accompanies of embryo, fetus, or sack gestacional on a cariotipo triploide, 69 XXY. The intention of this investigation is to determine the incident, to evaluate the Obstetric managing, the complications and epidemiological profile of the women who presented pregnancy Dr. Abel Gilbert Pontón liked in the area of Gynaecology and Obstetrics of the National Hospital of Specialities Guayaquil, in where the patients after having entered for Emergency, and external consultation under this diagnostic presumption using a leaf of compilation of information, clinical meticulous history, and complementary examinations. In agreement to the case, with a studied universe of 30 patients, in the period understood between January, 2008 until December, 2010. The methodology is of descriptive type - correlacional with not experimental, longitudinal, retrospective design. The obtained results expressed that the major percentage of patients who present molar pregnancy is in the range from 36 to 40 years with 37 %, followed by the range from 16 to 20 years with 30 %. The variety of pregnancy to like that appears often it is to her likes hidatiforme completes with 97 %, and it likes her incomplete with 3 %. The complication that in major percentage registry is the hemorrhage with 40 %, followed by the infections with 30 %, and the uterine perforation with 20 %. The treatment of the patients with molar pregnancy, corresponds to the uterine instrumental legrado with 100 %

Key words: It likes Hidatiforme, obstetric managing, complications, factors of risk.

INDICE

ÍNDICE GENERAL

Carta de aceptación del tutor.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Resumen.....	iv
Abstract.....	v
Índice general.....	vi
Índice de cuadros.....	ix
Índice de gráficos.....	x
Introducción.....	1

CAPITULO I.

1.1. Determinación del Problema.....	3
1.2 Objetivos.....	4
1.2.1. Objetivo General.....	4
1.2.2. Objetivos Específicos.....	4
1.3 Hipótesis.....	5
1.4. Variables de la investigación.....	5
1.4.1. Conceptualización de las variables.....	5
1.4.2. Operacionalización de variables.....	5

CAPITULO II.

Marco teórico

2.1. Enfermedad trofoblástica gestacional.....	6
2.1.1. Antecedentes.....	6
2.1.2. Factores de Riesgo.....	7
2.1.3. Tipos de enfermedad trofoblástica.....	8
2.2. Histogénesis.....	10
2.2.1. Características histológicas.....	10
2.2.1.1. Trofoblasto prevellositario.....	10

2.2.1.2	Citotrofoblasto.....	10
2.2.1.3	Sincitiotrofoblasto.....	10
2.2.1.4	Trofoblasto intermedio vellositario.....	10
2.3.	Mola Hidatiforme.....	11
2.3.1.	Mola hidatiforme completa o clásica.....	11
2.3.2.	Mola Hidatiforme completa temprana.....	12
2.3.3.	Mola hidatiforme parcial.....	13
2.3.4.	Datos clínicos.....	14
2.3.5.	Diagnóstico.....	15
2.3.6.	Exámenes complementarios.....	15
2.3.7.	Tratamiento.....	15
2.3.8.	Complicaciones.....	16
2.4.	Mola invasora.....	16
2.5.	Lesiones no molares.....	17
2.6.	Coriocarcinoma.....	17
2.7.	Tumor trofoblástico del sitio de implantación placentaria.....	19
2.7.1.	Reacción exagerada del sitio de implantación placentaria.....	20
2.7.2.	Nódulo del sitio de implantación placentaria.....	21
2.8.	Tumor trofoblástico epitelioides.....	21
2.8.1.	Lesión trofoblástica no clasificada.....	22
2.9.	Tratamiento.....	22

CAPITULO III.

Materiales y Métodos

3.1	Lugar de la investigación.....	25
3.2.	Periodo de la Investigación.....	25
3.3	Recursos Utilizados.....	25
3.3.1.	Recursos Humanos.....	25
3.3.2.	Recursos físicos.....	25
3.4.	Universo y muestra.....	26
3.4.1.	Población.....	26
3.4.2	Muestra.....	26

3.5. Métodos.....	27
3.5.1. Tipo de investigación.....	27
3.5.2. Diseño de la investigación.....	27
3.6. Criterios de validación de la propuesta.....	27
3.6.1 Criterios de inclusión.....	27
3.6.2 Criterios de exclusión.....	27

CAPÍTULO IV.

4. Resultados y análisis.....	28
Discusión.....	39
Conclusiones.....	41
Recomendaciones.....	42
Bibliografía.....	43

Anexos

Hoja de recolección de datos

Base de Datos

Cronograma

ÍNDICE DE CUADROS

4.1. Distribución de acuerdo a la edad de las pacientes con Embarazo Molar del Hospital Nacional de Especialidades Guayaquil Dr. "Abel Gilbert Pontón" Periodo 2008 – 2010.....	29
4.2. Distribución de acuerdo a la residencia de las pacientes con embarazo molar del Hospital Nacional de Especialidades Guayaquil Dr. "Abel Gilbert Pontón" Periodo 2008 – 2010.....	30
4.3. Estado civil de pacientes con diagnóstico de embarazo molar del Hospital Nacional de Especialidades Guayaquil Dr. "Abel Gilbert Pontón" periodo 2008 – 2010.....	31
4.4. Nivel de instrucción de pacientes con diagnóstico de embarazo molar del Hospital Nacional de Especialidades Guayaquil Dr. "Abel Gilbert Pontón" periodo 2008 – 2010.	32
4.5 Paridad de pacientes con diagnóstico de embarazo molar del Hospital Nacional de Especialidades Guayaquil Dr. "Abel Gilbert Pontón" periodo 2008 – 2010.....	33
4.6. Resultado histopatológico de embarazo molar de las pacientes del Hospital Nacional de Especialidades Guayaquil Dr. "Abel Gilbert Pontón" periodo 2008 – 2010.....	34
4.7. Pacientes con embarazo molar que presentaron complicaciones. Hospital Nacional de Especialidades Guayaquil Dr. "Abel Gilbert Pontón" periodo 2008 - 2010.....	35
4.8. Tipo de Complicaciones de las pacientes con embarazo molar. Hospital Nacional de Especialidades Guayaquil Dr. "Abel Gilbert Pontón" periodo 2008 – 2010.....	36
4.9. Número de controles ginecológicos previo al diagnóstico de pacientes con embarazo molar del Hospital Nacional de Especialidades Guayaquil Dr. "Abel Gilbert Pontón" periodo 2008 – 2010.....	37
4.10. Tratamiento en pacientes con embarazo molar del Hospital Nacional de Especialidades Guayaquil Dr. "Abel Gilbert Pontón" periodo 2008 – 2010.....	38
4.11. Determinar la morbilidad y mortalidad de las pacientes con embarazo molar del Hospital Nacional de Especialidades Guayaquil Dr. "Abel Gilbert Pontón" periodo 2008 – 2010.....	39

ÍNDICE DE GRÁFICOS

4.1. Distribución de acuerdo a la edad de las pacientes con Embarazo Molar del Hospital Nacional de Especialidades Guayaquil Dr. "Abel Gilbert Pontón" Periodo 2008 – 2010.....	29
4.2. Distribución de acuerdo a la residencia de las pacientes con embarazo molar del Hospital Nacional de Especialidades Guayaquil Dr. "Abel Gilbert Pontón" Periodo 2008 – 2010.....	30
4.3. Estado civil de pacientes con diagnóstico de embarazo molar del Hospital Nacional de Especialidades Guayaquil Dr. "Abel Gilbert Pontón" periodo 2008 – 2010.....	31
4.4. Nivel de instrucción de pacientes con diagnóstico de embarazo molar del Hospital Nacional de Especialidades Guayaquil Dr. "Abel Gilbert Pontón" periodo 2008 – 2010.	32
4.5. Paridad de pacientes con diagnóstico de embarazo molar del Hospital Nacional de Especialidades Guayaquil Dr. "Abel Gilbert Pontón" periodo 2008 – 2010.....	33
4.6. Resultado histopatológico de embarazo molar de las pacientes del Hospital Nacional de Especialidades Guayaquil Dr. "Abel Gilbert Pontón" periodo 2008 – 2010.....	34
4.7. Pacientes con embarazo molar que presentaron complicaciones. Hospital Nacional de Especialidades Guayaquil Dr. "Abel Gilbert Pontón" periodo 2008 - 2010.....	35
4.8. Tipo de Complicaciones de las pacientes con embarazo molar. Hospital Nacional de Especialidades Guayaquil Dr. "Abel Gilbert Pontón" periodo 2008 – 2010.....	36
4.9. Número de controles ginecológicos previo al diagnóstico de pacientes con embarazo molar del Hospital Nacional de Especialidades Guayaquil Dr. "Abel Gilbert Pontón" periodo 2008 – 2010.....	37
4.10. Tratamiento en pacientes con embarazo molar del Hospital Nacional de Especialidades Guayaquil Dr. "Abel Gilbert Pontón" periodo 2008 – 2010.....	38
4.11. Determinar la morbilidad y mortalidad de las pacientes con embarazo molar del Hospital Nacional de Especialidades Guayaquil Dr. "Abel Gilbert Pontón" periodo 2008 – 2010.....	39

INTRODUCCIÓN

La mola hidatiforme 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 translúcidas. Por lo general, la longitud de los racimos varía de unos milímetros hasta 2 cm, adquieren la morfología de bandas y acumulación de vesículas que confieren el típico aspecto de “racimos de uvas”

La incidencia de mola varía considerablemente en distintas regiones, según la Organización Mundial de la Salud la incidencia de mola a nivel Mundial es de 1 - 2 / 1000 embarazos, en los Estados Unidos ocurre una vez cada 1500 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.

En Perú la incidencia es de 1/ 488 - 665 embarazos. En Ecuador la incidencia es de 1: 600 - 1.000 embarazos. Más del 80% de estos tumores tienen un comportamiento benigno. Sin embargo, 15 -20% tienden a persistir y un 2-3% se transforman en un Coriocarcinoma (1 de cada 25,000 a 45,000 embarazos)

Las molas hidatiformes pueden causar graves complicaciones, como infecciones, hemorragia y hipertensión del embarazo. Es importante mencionar que la mayoría de las mujeres en Ecuador presentan condiciones que pudieran identificarse como factores de riesgo para desarrollar enfermedad del trofoblasto, por lo cual es conveniente desarrollar el presente estudio contribuyendo a establecer un diagnóstico oportuno y mejorar la calidad de atención en estas pacientes.

El estudio propuesto es de tipo descriptivo, Correlacional, su diseño es no experimental. Longitudinal, retrospectivo. Se lo realizará en el Hospital Nacional de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón Periodo 2008 - 2010. Con cuyos resultados se determinó las complicaciones del embarazo molar, y el manejo Obstetrico del mismo, para de esta forma contribuir a disminuir la morbimortalidad materna.

CAPITULO I

1. Determinación del problema

La mola 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 mola pueden presentar complicaciones durante el embarazo y posterior al tratamiento, ya que muchas veces no se realiza un buen manejo obstetrico, ya sea por falta de colaboración de la paciente, o algún otro motivo, desestimándose indirectamente diversos factores que pueda incidir en una complicación catastrófica desde la pérdida del útero, hemorragias infecciones, Sepsis, shock hipovolemico hasta la muerte de la paciente.

1.2.OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo General

Determinar la incidencia y Evaluar el manejo Obstétrico del embarazo molar y sus complicaciones en pacientes del Hospital Nacional de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón en el periodo 2008 - 2010.

1.2.2. Objetivos Específicos

1. Establecer el perfil epidemiológico de las mujeres que presentan embarazo molar.
2. Determinar la variedad de embarazo molar que se presenta con mayor frecuencia.
3. Identificar factores de riesgo que predisponen a un embarazo molar.
4. Comprobar cual es la complicación que se presenta con mayor frecuencia en pacientes que presentan embarazo molar.

1.3.HIPÓTESIS

Los grupos etarios que mayormente presenta embarazo molar son Pacientes con edad en los extremos del período reproductivo de 15 a 20 años y de 36 a 40 años, siendo la mayor complicación las hemorragias durante y posterior al embarazo.

1.4. VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

Mola Hidatiforme

Complicaciones

Manejo Obstétrico

1.4.1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Mola Hidatiforme: es el producto anormal de una gestación caracterizada por la tumefacción y degeneración hidrópica de las vellosidades coriales.

Complicaciones: aparición de inconvenientes o dificultades clínicas o quirúrgicas durante el curso de una enfermedad o de un procedimiento médico - quirúrgico de un estado intercurrente que provoca un agravamiento de salud del individuo

Manejo Obstétrico: es la conducta que se sigue mediante procedimientos y normas de alguna patología obstétrica con el fin de dar una adecuada solución.

1.4.2. Operacionalización de variables

AREA	VARIABLE INDEPENDIENTE	INDICADOR	VARIABLE DEPENDIENTE	INDICADOR	VARIABLE INTERVINIENTE
- Departamento de Estadística - Emergencia - Quirófano - Ginecología.	Mola Hidatiforme -Completa - incompleta	-Historia Clínica. -Ex laboratorio - Ecografía -Examen físico	-manejo obstetrico	- Edad - Antecedentes GO - Evacuación uterina (tipo):	- complicaciones - malnutrición -mola recidivante

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

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 gonadotrofina 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 ET.

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.

2.1.1. Antecedentes

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 angiblastos en las vellosidades del corion del 13 al 17^{avo} 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.

E. Novak (1957) las neoformaciones 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 que no se manifiestan.

Douthwaite y Urbach (1971) de acuerdo con (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 unantígeno 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.

2.1.2. 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.

2.1.3. 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 trofoblastico epitelioides

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 (anejos, 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.

2.2. 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.

2.2.1. Características histológicas

2.2.1.1. Trofoblasto prevellositario:

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

2.2.1.2. 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.

2.2.1.3. 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.

2.2.1.3. Trofoblasto intermedio vellositario:

- **Trofoblasto del sitio de implantación placentaria:**

Su apariencia varía dependiendo de la localización.

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

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 eosinófilo. Son mas pequeñas que la células troblásticas del sitio de implantación aunque mayores que las citotroblásticas.

2.3. 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 hidropica 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 el trofoblasto.

2.3.1 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 hidropicas.

El rasgo histológico más característico consiste en la hiperplasia bimorfa del trofoblasto (cito y sincitiotrofoblasto). Característicamente ocurre en todo el contorno de la vellosidad hidropica, el edema del estroma es de intensidad variable. En cuanto al grado de atípia 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 sincitiotrofoblasto (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.

2.3.2. Mola hidatiforme completa temprana:

Está caracterizada por alteraciones morfológicas sutiles, que pueden llevar a subclasificarlas como MHP o aborto espontaneo no molar. Cinco son los rasgos

diagnósticos cardinales: vellosidades terminales bulbosas redundantes, estroma vellositario hiper celular, trama laberíntica canalicular estromal, 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.

2.3.3. 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 hidrópicos 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 hidrópicos 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.

2.3.4. 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.

2.3.5. 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.

2.3.6. Exámenes Complementarios

- HCG cuantitativa.
- Ecografía
- Biopsia

2.3.7. Tratamiento

Su finalidad es eliminar del organismo materno el tejido trofoblástico anormal.

Es necesario el LUI 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 gonotropinas 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 ambarazo (además de que la administración de hormonas exógenas suprimen la formación de Gonadotropinas hipofisarias y así las determinación de Gonadotropinas coriónicas en orina sean únicamente las producidas en el trofobasto). 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.

2.3.8. 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.

2.4. Mola invasora

La mola invasora o Corioadenoma destruens 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

2.5. 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 trofoblástico epitelioide. La reacción exagerada en el sitio de implantación placentaria se conocía como endometritis sincitial, termino descartado por inadecuado porque no se trata de una endometritis.

2.6. Coriocarcinoma

El coriocarcinoma o carcinoma trofoblástico de la gestación constituye la variedad mas 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 mas 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.

2.7. 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.

2.7.1. 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 extravellositario. 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 trofoblástico 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.

2.7.2 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 hiper cromáticos.

2.7.3 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 decidual, la proliferación celular recuerda al trofoblasto extravellositario presente en las membrana fetales, en la mayoría de los casos las células se encuentran inmersas en un estroma hialino, no se visualizan mitosis.

2.8. Tumor trofoblástico epitelióide

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.

2.8.1 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.

2.9. 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 <p style="margin-left: 20px;">Metrotexato 0,4 mg/Kg/día IM por 5 días cada 2 semanas si leucocitos >2000, segmentados >1000 y plaquetas >100.000</p> • METROTEXATO-LEUCOVORINA <p style="margin-left: 20px;">Metrotexato 1 mg/Kg/día EV días 1,3,5,7 + Leucovorina 10% de la dosis de Metrotexato EV 24 horas después del Metrotexato.</p> • ACTINOMICINA D <p style="margin-left: 20px;">0,5 mg/día EV por 5 días cada 2 semanas si leucocitos >2000, segmentados >1000 y plaquetas >100.000.</p>
--	--

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).

CAPITULO III

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Lugar de la investigación

Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón.

3.2. Periodo de la Investigación

Enero del 2008 a Diciembre del 2010.

3.3. Recurso Utilizado

3.3.1. Recurso Humano

- Posgradista
- El Tutor
- Medico Tratante Asesor
- Médicos Residentes
- Medico Ecografista
- Laboratorista
- Secretaría de estadística

3.3.2. Recurso físico

- Computadora
- Impresora
- Hoja de recolección de datos
- Historia clínica
- Hojas de papel bond
- Lápiz
- Saca puntas
- Plumas color rojo, negro, azul

3.4. UNIVERSO Y MUESTRA

3.4.1. Universo:

El Universo estudiado son todas las pacientes con embarazo molar que acudieron al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón desde Enero del año 2008 hasta diciembre del 2010. Cuya información fue obtenida mediante formularios prediseñados.

3.4.2. Muestra

La muestra son las pacientes que ingresaron al Hospital ya mencionado, con diagnóstico de embarazo molar por el área de emergencia; y pacientes de consulta externa para su ingreso por el mismo diagnóstico, por indicaciones del médico tratante.

El tamaño de la muestra va ser determinado por la formula universal de cálculo de muestra aplicada al universo de pacientes que presentaron embarazo molar y que contabilizan 30 casos

$$M = \frac{P}{E^2 (P-1) + 1}$$

M= tamaño de la muestra

P= Tamaño de la población

E= 0.05 (error estandar)

3.5. METODOS

3.5.1. Tipo de investigación

Descriptiva, correlacional.

3.5.2. Diseño de la investigación

No experimental, longitudinal, retrospectivo

1.5.CRITERIOS DE VALIDACIÓN DE LA PROPUESTA

3.6.1 CRITERIOS DE INCLUSION:

- 1) Pacientes que ingresan a Emergencia, con Diagnostico de embarazo molar.
- 2) Pacientes que ingresan con ecografía con Diagnostico de embarazo molar.
- 3) Paciente que ingresa por consulta externa con Diagnostico embarazo molar o alguna complicación relaciona.
- 4) Pacientes transferidos de otra unidad Hospitalaria con diagnostico de embarazo molar.

3.6.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- 1) Pacientes con sangrado transvaginal por amenaza de aborto
- 2) Pacientes con sangrado transvaginal por embarazo ectópico
- 3) Pacientes con sintomatología parecida al embarazo molar pero sin diagnostico definitivo del mismo

CAPITULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

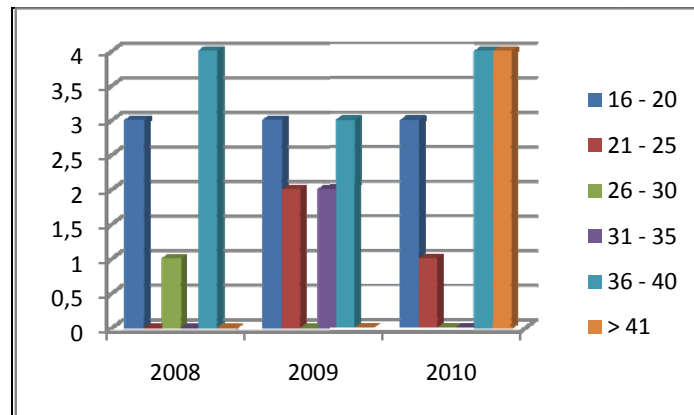
DATOS OBTENIDOS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL DE ESPECIALIDADES GUAYAQUIL DR. ABEL GILBERT PONTÓN EN EL PERIODO 2008 - 2010

El informe se obtuvo mediante la hoja de recolección de datos de las pacientes con diagnóstico de embarazo molar calculando el porcentaje con formula de acuerdo al programa de excel en el periodo 2008 – 2010.

4.1. CUADRO 1. Distribución de acuerdo a la edad de las pacientes con Embarazo Molar del Hospital Nacional de Especialidades Guayaquil Dr. “Abel Gilbert Pontón” Periodo 2008 – 2010.

Edad	Casos						Total	Porcentaje
	2008	%	2009	%	2010	%		
16 – 20	3	37%	3	30%	3	25%	9	30%
21 – 25			2	20%	1	8%	3	10%
26 – 30	1	13%					1	3%
31 - 35			2	20%			2	7%
36 - 40	4	50%	3	30%	4	33%	11	37%
> 41					4	33%	4	13%
Total	8	100%	10	100%	12	100%	30	100%

4.1. GRÁFICO 1. Distribución de acuerdo a la edad de las pacientes con Embarazo Molar del Hospital Nacional de Especialidades Guayaquil Dr. “Abel Gilbert Pontón” Periodo 2008 – 2010.



Fuente: Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón
Elaborado por: Dr. Wilson Drouet Tutiven

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 37% de pacientes que presentaron embarazo molar en el periodo 2008-2010 está en el rango de 36 - 40 años, el 30% en el rango de 16 a 20 años y el 13% en pacientes > 41 años.

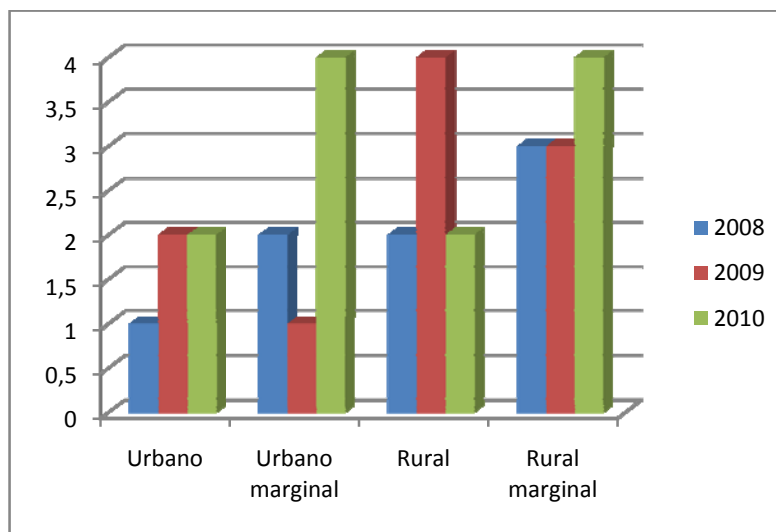
4.2. CUADRO 2.

Distribución de acuerdo a la residencia de las pacientes con embarazo molar del Hospital Nacional de Especialidades Guayaquil Dr. "Abel Gilbert Pontón" Periodo 2008 – 2010.

Área	Casos						Total	Porcentaje
	2008	%	2009	%	2010	%		
Urbano	1	13%	2	20%	2	17%	5	17%
Urbano marginal	2	25%	1	10%	4	33%	7	23%
Rural	2	25%	4	40%	2	17%	8	27%
Rural marginal	3	37%	3	30%	4	33%	10	33%
Total	8	100%	10	100%	12	100%	30	100%

4.2. GRÁFICO 2.

Distribución de acuerdo a la residencia de las pacientes con embarazo molar del Hospital Nacional de Especialidades Guayaquil Dr. "Abel Gilbert Pontón" Periodo 2008 – 2010.



Fuente: Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón
Elaborado por: Dr. Wilson Drouet Tutiven

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 33% de pacientes con embarazo molar en el periodo 2008-2010 habitan en el área rural marginal, el 27% en el área rural y el área urbano marginal 23%.

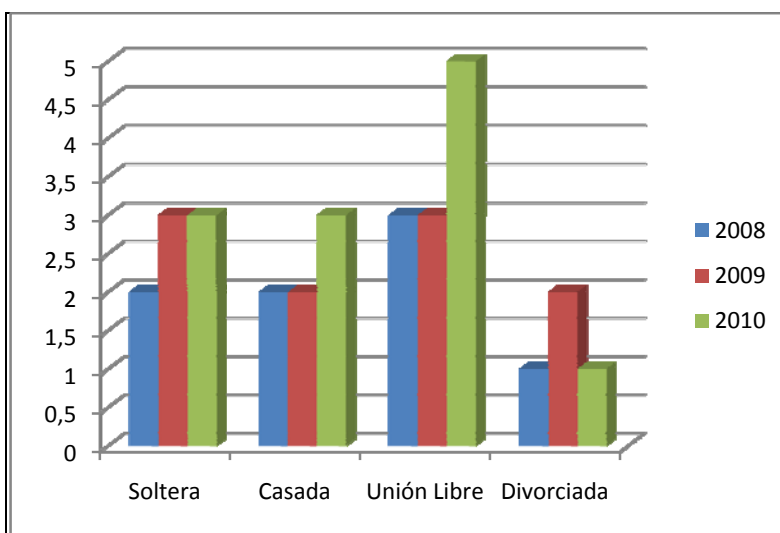
4.3. CUADRO 3.

Estado civil de pacientes con diagnóstico de embarazo molar del Hospital Nacional de Especialidades Guayaquil Dr. ‘Abel Gilbert Pontón’ periodo 2008 – 2010.

Estado civil	Casos						Total	Porcentaje
	2008	%	2009	%	2010	%		
Soltera	2	25%	3	30%	3	25%	8	27%
Casada	2	25%	2	20%	3	25%	7	23%
Unión Libre	3	37%	3	30%	5	42%	11	37%
Divorciada	1	13%	2	20%	1	8%	4	13%
Total	8	100%	10	100%	12	100%	30	100%

4.3. GRÁFICO 3.

Estado civil de pacientes con diagnóstico de embarazo molar del Hospital Nacional de Especialidades Guayaquil Dr. ‘Abel Gilbert Pontón’ periodo 2008 – 2010.



Fuente: Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón
Elaborado por: Dr. Wilson Drouet Tutiven

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En cuanto al estado civil de pacientes con diagnóstico de embarazo molar en el periodo 2008-2010 el 37% se presenta en pacientes cuyo estado civil es unión libre, el 27% solteras y las casadas con 23%.

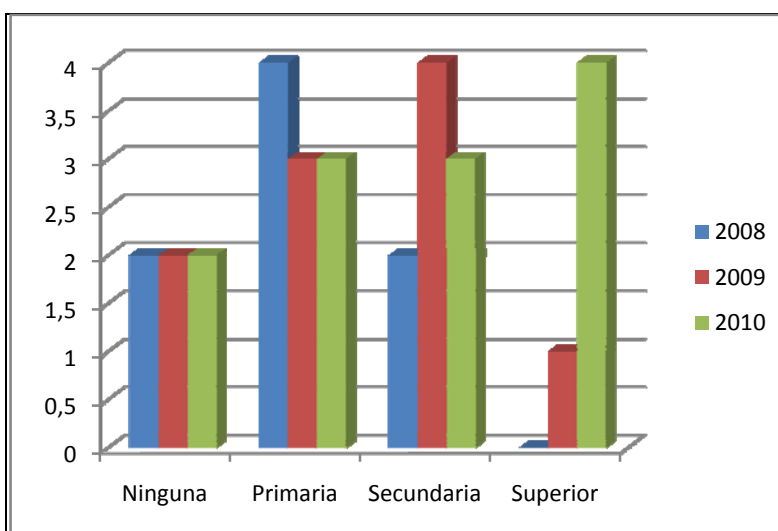
4.4. CUADRO 4.

Nivel de instrucción de pacientes con diagnóstico de embarazo molar del Hospital Nacional de Especialidades Guayaquil Dr. "Abel Gilbert Pontón" periodo 2008 – 2010.

Instrucción	Casos						Total	Porcentaje
	2008	%	2009	%	2010	%		
Ninguna	2	25%	2	20%	2	17%	6	19%
Primaria	4	50%	3	30%	3	25%	10	36%
Secundaria	2	25%	4	40%	3	25%	9	29%
Superior			1	10%	4	33%	5	16%
Total	8	100%	10	100%	12	100%	30	100%

4.4. GRÁFICO 4.

Nivel de instrucción de pacientes con diagnóstico de embarazo molar del Hospital Nacional de Especialidades Guayaquil Dr. "Abel Gilbert Pontón" periodo 2008 – 2010.



Fuente: Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón
Elaborado por: Dr. Wilson Drouet Tutiven

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De acuerdo al nivel de instrucción de pacientes con diagnóstico de embarazo molar en el periodo 2008-2010 el 36% lo presenta aquellas con estudio primario, y el 29% instrucción secundaria.

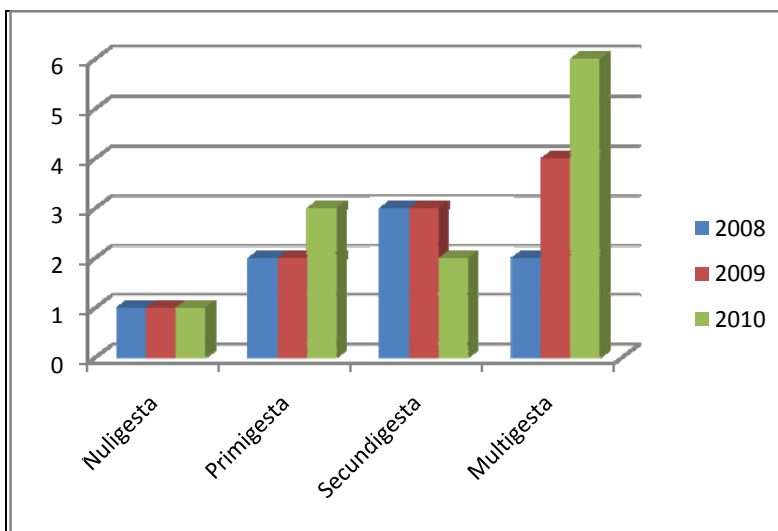
4.5. CUADRO 5.

Paridad de pacientes con diagnóstico de embarazo molar del Hospital Nacional de Especialidades Guayaquil Dr. ‘Abel Gilbert Pontón’ periodo 2008 – 2010.

Paridad	Casos						Total	Porcentaje
	2008	%	2009	%	2010	%		
Nuligesta	1	13%	1	10%	1	8%	3	10%
Primigesta	2	25%	2	20%	3	25%	7	23%
Secundigesta	3	37%	3	30%	2	17%	8	27%
Multigesta	2	25%	4	40%	6	50%	12	40%
Total	8	100%	10	100%	12	100%	30	100%

4.5. GRÁFICO 5.

Paridad de pacientes con diagnóstico de embarazo molar del Hospital Nacional de Especialidades Guayaquil Dr. ‘Abel Gilbert Pontón’ periodo 2008 – 2010.



Fuente: Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón
Elaborado por: Dr. Wilson Drouet Tutiven

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En cuanto a la paridad de las pacientes con embarazo molar en el periodo 2008-2010 el 40% lo presenta las multigestas, el 27% a las secundigestas, y las primigestas 23%.

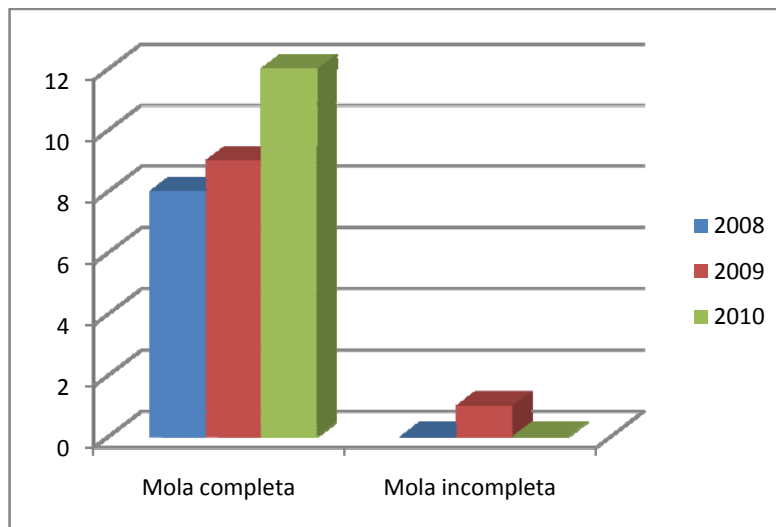
4.6. CUADRO 6.

Resultado histopatológico de embarazo molar de las pacientes del Hospital Nacional de Especialidades Guayaquil Dr. "Abel Gilbert Pontón" periodo 2008 – 2010.

Variedad	Casos						Total	Porcentaje
	2008	%	2009	%	2010	%		
Mola completa	8	100%	9	90%	12	100%	29	97%
Mola incompleta			1	10%			1	3%
Total	8	100%	10	100%	12	100%	30	100%

4.6. GRÁFICO 6.

Resultado histopatológico de embarazo molar de las pacientes del Hospital Nacional de Especialidades Guayaquil Dr. "Abel Gilbert Pontón" periodo 2008 – 2010.



Fuente: Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón
Elaborado por: Dr. Wilson Drouet Tutiven

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El tipo de embarazo molar en el periodo 2008-2010 que se presenta con mayor frecuencia corresponde a la mola completa con 97%, mientras que el 3% representa a la mola incompleta.

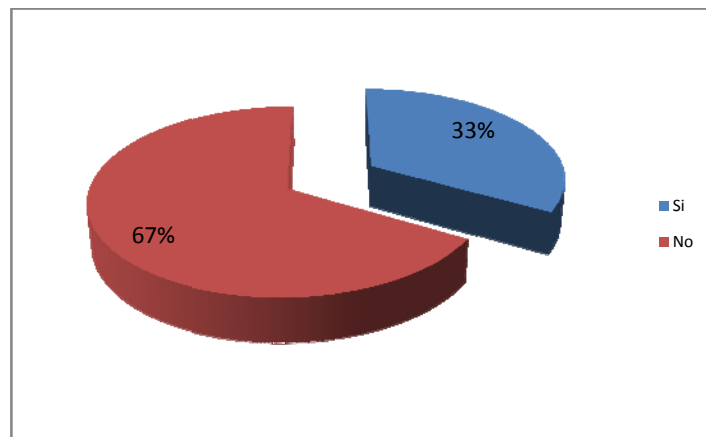
4.7. CUADRO 7.

Pacientes con embarazo molar que presentaron complicaciones. Hospital Nacional de Especialidades Guayaquil Dr. "Abel Gilbert Pontón" periodo 2008 -2010.

Complicaciones	Casos	Porcentaje
Si	10	33%
No	20	67%
Total	30	100%

4.7. GRÁFICO 7.

Pacientes con embarazo molar que presentaron complicaciones. Hospital Nacional de Especialidades Guayaquil Dr. "Abel Gilbert Pontón" periodo 2008 -2010.



Fuente: Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón
Elaborado por: Dr. Wilson Drouet Tutiven

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del 100% de pacientes con embarazo molar en el periodo 2008-2010 las complicaciones se presentaron en un 33% pero un 67% no presentaron complicaciones.

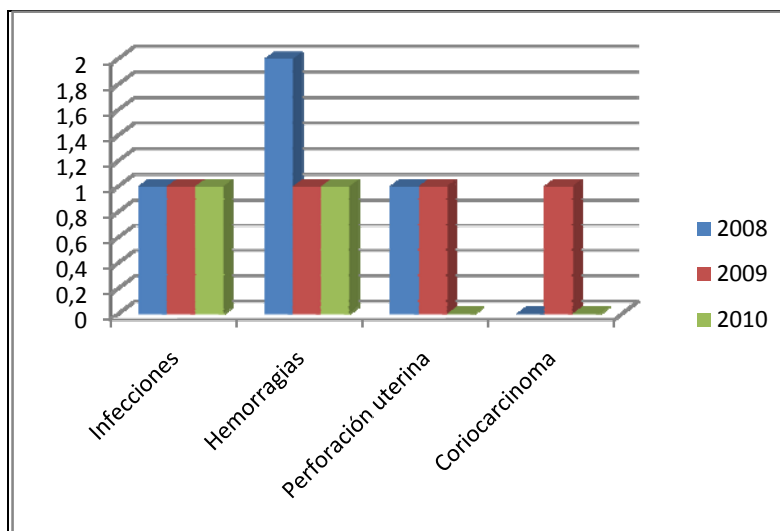
4.8. CUADRO 8.

Tipo de Complicaciones de las pacientes con embarazo molar. Hospital Nacional de Especialidades Guayaquil Dr. ‘Abel Gilbert Pontón’ periodo 2008 – 2010.

Tipo Complicación	Casos						Total	Porcentaje
	2008	%	2009	%	2010	%		
Infecciones	1	%	1	%	1	%	3	30%
Hemorragias	2	%	1	%	1	%	4	40%
Perforación uterina	1	%	1	%		%	2	20%
Coriocarcinoma		%	1	%		%	1	10%
Total	4	100%	4	100%	2	100%	10	100%

4.8. GRÁFICO 8.

Tipo de complicaciones de las pacientes con embarazo molar. Hospital Nacional de Especialidades Guayaquil Dr. ‘Abel Gilbert Pontón’ periodo 2008 – 2010.



Fuente: Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón
Elaborado por: Dr. Wilson Drouet Tutiven

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La complicación que se presenta con frecuencia en las pacientes con embarazo molar en el periodo 2008-2010 es la hemorragia con el 40%, las infecciones con el 30%, la perforación uterina con 20% y Coriocarcinoma el 10%.

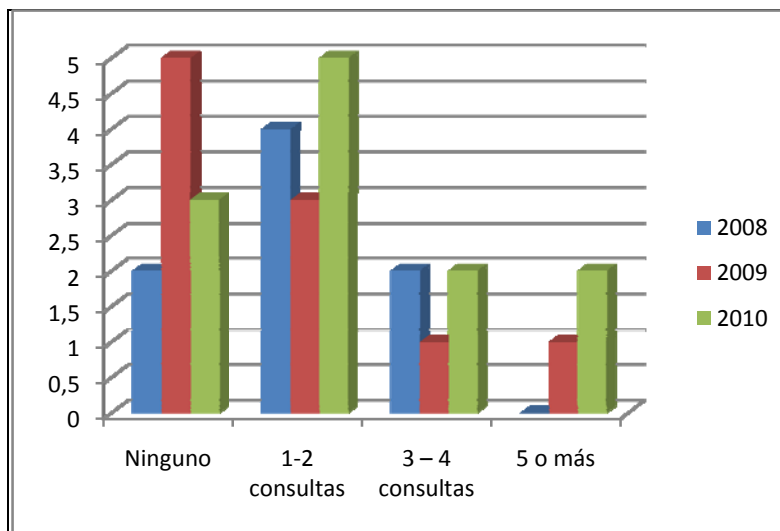
4.9. CUADRO 9.

Número de controles ginecológicos previo al diagnóstico de pacientes con embarazo molar del Hospital Nacional de Especialidades Guayaquil Dr. "Abel Gilbert Pontón" periodo 2008 – 2010.

Controles	Casos						Total	Porcentaje
	2008	%	2009	%	2010	%		
Ninguno	2	25%	5	50%	3	25%	10	33%
1 – 2 consultas	4	50%	3	30%	5	41%	12	40%
3 – 4 consultas	2	25%	1	10%	2	17%	5	17%
5 o más			1	10%	2	17%	3	10%
Total	8	100%	10	100%	12	100%	30	100%

4.9. GRÁFICO 9.

Número de controles ginecológicos previo al diagnóstico de pacientes con embarazo molar del Hospital Nacional de Especialidades Guayaquil Dr. "Abel Gilbert Pontón" periodo 2008 – 2010.



Fuente: Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón
Elaborado por: Dr. Wilson Drouet Tutiven

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 33% de las pacientes con embarazo molar en el periodo 2008-2010 acudieron a realizarse de 1 a 2 consultas ginecológicas previo al diagnóstico, el 33% no se realizaron ningún control y el 17% asistieron a 3-4 consultas.

4.10. CUADRO 10.

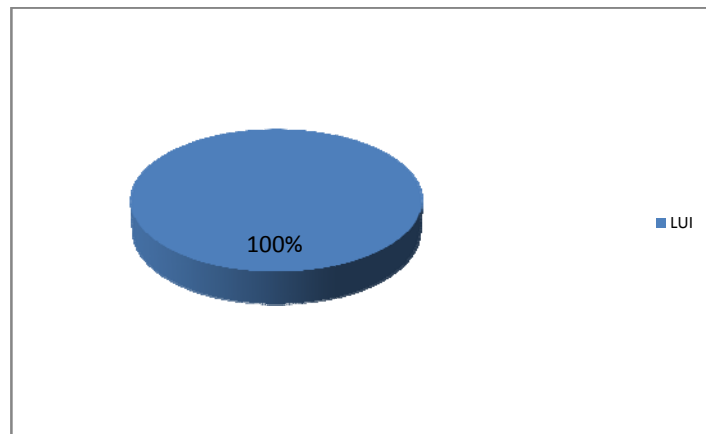
Tratamiento en pacientes con embarazo molar del Hospital Nacional de Especialidades Guayaquil Dr. "Abel Gilbert Pontón" periodo 2008 – 2010.

Tratamiento	Casos	Porcentaje
LUI	30	100%
Total	30	100%

LUI: legrado uterino instrumental

4.10. GRÁFICO 10.

Tratamiento en pacientes con embarazo molar del Hospital Nacional de Especialidades Guayaquil Dr. "Abel Gilbert Pontón" periodo 2008 – 2010.



Fuente: Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón
Elaborado por: Dr. Wilson Drouet Tutiven

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En lo referente al tratamiento de las pacientes con diagnóstico de embarazo molar en el periodo 2008-2010, el Legrado Uterino Instrumental corresponde al 100%.

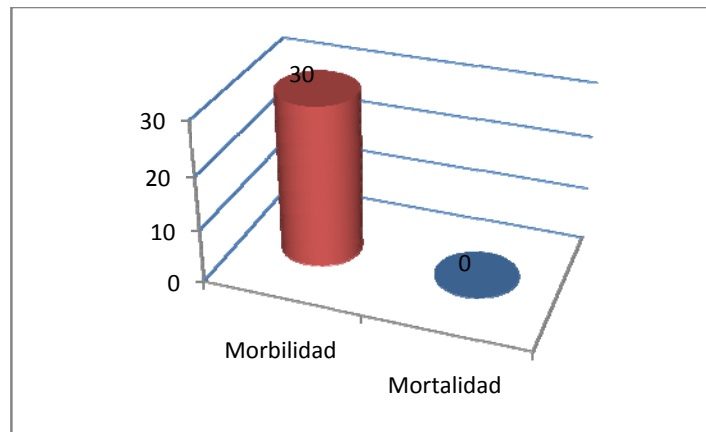
4.11. CUADRO 11.

Determinar la morbilidad y mortalidad de las pacientes con embarazo molar del Hospital Nacional de Especialidades Guayaquil Dr. "Abel Gilbert Pontón" periodo 2008 – 2010.

Estadística	Casos	Porcentaje
Morbilidad	30	100%
Mortalidad	0	0%
Total	30	100%

4.11. GRÁFICO 11.

Determinar la morbilidad y mortalidad de las pacientes con embarazo molar del Hospital Nacional de Especialidades Guayaquil Dr. "Abel Gilbert Pontón" periodo 2008 – 2010.



Fuente: Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón
Elaborado por: Dr. Wilson Drouet Tutiven

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La mortalidad en las pacientes con embarazo molar en el periodo 2008-2010 es de 0%.

DISCUSIÓN

La mola hidatiforme es una patología que no debe sorprender al Gineco-obstetra en el momento de su identificación. Para esto, se planteó el análisis del enfoque clínico, con el propósito de llegar al diagnóstico antes del estudio histopatológico.

En la revisión, las características clínicas coinciden con las señaladas en la literatura médica en investigaciones realizadas por Berkowitz y Goldstein en el año 2005. De igual manera refieren Chen y col en su estudio presentado en el 2006, exponen que este tipo de patología, se presenta en gestantes mayores de 40 años de edad a la vez también existen reportes frecuentes en mujeres adolescentes de 14 años en adelante. Sin embargo en esta publicación se detalla la presencia de mola hidatiforme en mujeres alrededor de los 16 a 20 años y de 36 a - 40 años aproximadamente.

También se ha evidenciado la ausencia de antecedentes obstétricos que frecuentemente se relacionan con esta patología, entre éstos, la ausencia de embarazo molar previo y de enfermedad hipertiroides. Así mismo, no se ha descrito algún signo que nos pueda sugerir la existencia de enfermedad hipertensiva del embarazo.

Es muy conocido que la enfermedad trofoblástica gestacional constituye una causa muy importante en las hemorragias del primer trimestre. Sin embargo, la evolución habitual de la mola vesicular es su expulsión espontánea alrededor del 18 a 22 semanas de gestación.

Durante las últimas décadas, se han realizado grandes adelantos para explicar el origen, las características histológicas y citogenéticas de una de las patologías placentarias más interesantes como es la mola hidatiforme con sus variantes: la mola completa o clásica y la mola incompleta o parcial, siendo esta última poco frecuente. En la literatura mundial, estudios realizados por Jauniaux y col, revelan la presencia de gestaciones donde se desarrolla un feto con una mola, es de 1 por cada 22 000 a 100 000 embarazos, lo que representa el 0,005 % al 0,001 %.

Las características histopatológicas que se utilizan en el diagnóstico de mola hidatiforme parcial son: a) la hiperplasia focal del sincitiotrofoblasto, b) el edema focal

de las vellosidades con formación de cavidades, c) el contorno fenestrado de las vellosidades, d) las inclusiones trofoblásticas dentro del estroma, e) la existencia de vasos en la vellosidad con eritrocitos fetales y f) la presencia de un embrión o feto o fragmentos de estos y membranas fetales.

CONCLUSIONES

De acuerdo al estudio realizado y en base a los resultados presentados se concluye lo siguiente:

- El 37% de pacientes con diagnóstico de mola hidatiforme en el periodo 2008-2010 está en el rango de 36 - 40 años, el 30% en el rango de 16 a 20 años y el 13% en pacientes mayores de 41 años.
- El 33% habitan en el área rural marginal, el 27% en el área rural y el área urbano marginal 23%.
- En cuanto al estado civil el 37% corresponde a las pacientes cuyo estado civil es unión libre, 27% a solteras y las casadas con 23%.
- De acuerdo al nivel de instrucción el 36% lo presenta aquellas con estudio primario, y el 29% instrucción secundaria.
- En cuanto a la paridad el 40% lo presenta las multigestas, el 27% a las secundigestas, y las primigestas 23%.
- El tipo de embarazo molar que se presenta con mayor frecuencia corresponde a la mola completa con 97%, mientras que el 3% representa a la mola incompleta.
- Del 100% de pacientes con embarazo molar las complicaciones se presentaron en un 33% pero un 67% no presentaron complicaciones.
- La complicación que se presenta con frecuencia es la hemorragia con el 40%, las infecciones con el 30%, la perforación uterina con 20% y Coriocarcinoma el 10%.
- El 33% acudieron a realizarse de 1 a 2 consultas ginecológicas previo al diagnóstico, el 33% no se realizaron ningún control y el 17% asistieron a 3-4 consultas.
- En lo referente al tratamiento el Legrado Uterino Instrumenta corresponde al 100%.
- La mortalidad fue de de 0%.

RECOMENDACIONES

1. 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.
2. Considerar acuciosamente que toda paciente con desproporción entre la altura uterina y edad gestacional por fecha de última regla no concuerdan, se sospeche de la presencia de mola remitiéndose a ecografía inmediatamente.
3. Protocolizar el manejo de la mola hidatiforme parcial y completa para su mejor evolución y tratamiento.
4. Preconizar el empleo de métodos auxiliares de diagnóstico como la ecografía flujo Doppler y TAC, en los pacientes con diagnóstico de mola hidatiforme para obtener un estudio más detallado de la patología, el mismo que brindará muchos beneficios a la paciente. Realizar examen histopatológico a toda paciente que se realiza legrado uterino instrumental para desvirtuar posible Coriocarcinoma.
5. Insistir en la realización de una Historia clínica exhaustiva y detallada de cada paciente sospechosa de mola hidatiforme más aún si es recidivante.
6. Realizar seguimiento médico – clínico a todas las pacientes posterior al diagnóstico de embarazo molar con la ayuda de exámenes de laboratorio, radiografía y valoraciones Gineco - obstétricas.
7. Socializar con el equipo de salud institucional los resultados de este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Antonio M. 2009 Ginecología y Obstetricia 3era Edición Barcelona-España- Editorial Panamericana Pág. 455-478
2. Arthur .Evans, 2007.Manual de Obstetricia 7aEdiccion. Madrid-Barcelona – Amsterdam, Editorial - Lippincott Williams & Wilkins Pag.166-170.
3. Azziz R. 2008.Ginecologia y Obstetricia. México D .F. Editorial McGraw-Hill Pág. 1765-1769
4. Ben-Zion T. 2009.Urgencias en Ginecología y Obstetricia. Buenos Aires- Argentina. Editorial Panamericana.Pag.625-630.
5. Bonilla, F.2008-Cirugia Ginecológica Básica Bogotá-Colombia, editorial Panamericana Pág. 181-184
6. Burrow, G 2008-Complicaciones Posthisterectomia. Barcelona-España, Editorial Mosby Pág. 165-172.
7. Caballero, J2009-.Ginecologia clínica. Madrid-España, Editorial Panamericana Pág.234-245
8. Cabero, L 2007- Tratado de Ginecología y Medicina de La Reproducción. Barcelona-España, Editorial Panamericana Pág. 1548-1560.
9. Cifuentes, B- 2007-Urgencias en Obstetricia Bogotá -Colombia. Editorial Distribuya Pág. 318-326.
10. Cunningham, FG, et al, 2007. William`s Obstetrics. 22nd End. New York, McGrawhill, pp.1008-1013
11. Guerrero D.2007- Guía Clínico Terapéutico en Obstetricia y Ginecología. Santiago-Chile .Editorial Manual Moderno Pag.79-85.

12. Heppard M. 2007-Urgencias en Obstetricia. Barcelona –España, Editorial Mosby.Pag.161-163.
13. Herrera M. Hopkins, J-2008- Ginecología y Obstetricia. Madrid España-Editorial Marban Pág.365-378.
14. Hung S. -2009-Ginecología Endocrinologica Tomo I. Madrid –España-Editorial Harcourt, Pág. 355-359.
15. Kypos N.2009-Medicina Materna Barcelona España-Editorial Panamericana, Pág. 355-365.
16. Linde-T.2008 -Ginecología Quirúrgica Barcelona –España-Editorial. Panamericana Pág. 617-632
17. Llewellyn, J- 2008-Ginecología y Obstetricia. Madrid- España-Editorial Harcourt, Pág. 95-101
18. Netter F. 2008 -Ginecología y Obstetricia Madrid –España Editorial Masson pág. 440- 454
19. Pérez E. et al 2008- Ginecología Oncológica Pelviana. Madrid-España- Editorial Masson Pág. 555-575
20. Revista de ginecología, Obstetricia y reproducción humana, 2004 Madrid- España editorial Edisma Pág. 12 – 14
21. Smith R. et al -2009-Obstetricia y Ginecología. Barcelona –España-Editorial Masson, Pág.545-558
22. Zapalíel V. 2009-Urgencia en Ginecología y Obstetricia Barcelona España- Editorial Panamericana.pag.1645-1658.

Anexos

ANEXO 1

Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Médicas
Escuela Graduados – Postgrado de Ginecología y Obstetricia

Incidencia, Manejo Obstétrico y complicaciones del Embarazo Molar. Hospital Nacional De Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón 2008 – 2010.

Hoja de Recolección de datos

HC:

Nombres _____

Apellidos _____

Edad _____

Estado civil: soltera ___ casada ___ Unida ___ Divorciada ___ Viuda ___

Instrucción: ninguna ___ primaria ___ secundaria ___ superior ___

Procedencia _____ Residencia _____

Numero de Hijos _____

AGO: G _____ P _____ A _____ C _____

FUM: _____ EG: _____

Antecedentes de embarazo molar: Si No

Procedimiento quirúrgico:

LUI:

AMEU:

Histerectomía:

Resultado Histopatológico:

Total:

Parcial:

Tipo de Complicación:

Hemorragia:

Infección:

Hipertensión:

Coriocarcinoma:

Mortalidad materna: _____

Elaborado por: W.D.T.

ANEXO 2

“Incidencia, Manejo Obstétrico y Complicaciones del Embarazo Molar. Hospital Nacional de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón 2008 – 2010. ”

BASE DE DATOS

AÑO 2008

624620	J.B.C	628499	J.A.S
651971	S.S.B	628772	V.M.J
660893	J.V.N	652431	A.M.F
641382	M.M.M	658137	C.A.C

AÑO 2009

670857	P.M.M	672484	Y.M.R
670498	A.I.B	680249	R.O.P
505397	D.S.V	680048	G.G.C
504267	M.R.G	703490	S.A.H
706286	J.M.P.	712977	E.A.M

AÑO 2010

720089	M.L.A	701321	A.S.C
433020	J.C.G	736627	E.G.P
751907	A.O.P	756663	M.C.G
755500	V.G.E	738953	J.C.N
739004	A.S.S	522026	M.R.C
434084	L.N.A	445012	C.M.N

Elaborado por: W.D.T.

ANEXO 3

CRONOGRAMA

Meses	Junio/09	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero /10	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Actividades \Tiempo en quincenas													
Definición de tutor de tesis				*									
Determinación del tema de investigación			*										
Elaboración de anteproyecto y revisión por el tutor					*	*		*					
Lectura del anteproyecto por jefe de Tesis											*		*
Presentación de anteproyecto a Esc de Graduados-Fac de Medicina							*						
Aprobación de anteproyecto en Escuela de Graduados												*	
Prueba piloto										*			
Levantamiento de la información													*
Encuestas y observación en Servicio de Cirugía general								*				*	
Introducción de información												*	
Interpretación estadística de información													*
Conclusiones -Recomendaciones										*			
Presentación de documento final													