

## Caracterización clínica de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional, en el Hospital Ginecobstétrico "Ramón González Coro"

### Characterization of Endometrial Hyperplasia at Prof. Eusebio Hernández Gynecobstetric Teaching Hospital

MSc. Dr. Yovany Enrique Vázquez Martínez,<sup>I</sup> MSc. Dra. Liliam Delgado Peruyera,<sup>I</sup> MSc. Dra. Lisa Ramos Taboada,<sup>I</sup> MSc. Dr. Enrique José Vázquez Merayo,<sup>II</sup> Al. Amanda Brito García<sup>III</sup>

<sup>I</sup> Hospital Ginecobstétrico "Ramón González Coro". La Habana, Cuba.

<sup>II</sup> Hospital Pediátrico de Centro Habana. La Habana, Cuba.

<sup>III</sup> Policlínico Universitario "Héroes del Moncada". La Habana, Cuba.

---

#### RESUMEN

**Introducción:** numerosas investigaciones se han dedicado a estudiar la Enfermedad Trofoblástica Gestacional, al indagar en sus particularidades y demostrar como puede la misma evolucionar tanto satisfactoriamente, como dar al traste con la vida de la paciente; se hace énfasis en la importancia de su diagnóstico y tratamiento precoz, con el afán de disminuir las tasas de incidencia, de recidivas y/o complicaciones.

**Objetivo:** Evaluar la evolución clínica de pacientes con ETG atendidas en el Hospital Ginecobstétrico "Ramón González Coro" entre los años 2008-2012.

**Métodos:** la investigación se desarrolló en el Hospital Ginecobstétrico "Ramón González Coro" en el año 2013. Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal, se consultaron 47 bibliografías y se trabajó con 18 historias clínicas de pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. No se aplicó ninguna técnica de muestreo pues utilizó el universo.

**Resultados:** la mayoría de los casos fueron pacientes con más de 24 años. No existieron hallazgos sobre la relación del color de la piel con la enfermedad en cuestión. Predominó como motivo de ingreso el sangramiento vaginal, y al examen

con espéculo el principal signo fue la salida de sangre por el orificio cervical externo. Casi el total de la muestra presentó un útero aumentado de tamaño. Más de la mitad de los casos fueron diagnosticados como Mola Hidatiforme Parcial.

**Palabras clave:** Enfermedad Trofoblástica Gestacional, mola hidatiforme, coriocarcinoma.

---

## ABSTRACT

**Introduction:** endometrial hyperplasia is a proliferation of endometrial glands in size and irregular shape, caused by excessive exposure to estrogen.

**Objective:** to characterize the endometrial hyperplasia in patients at Eusebio Hernández Hospital in 2011.

**Method:** a descriptive study was conducted. 2842 pathology reports were reviewed in the Department of Pathology, at "Profesor Eusebio Hernández Gynecobstetric Hospital in Marianao, Havana from January 1st to December 31st, 2011. 1269 of them were for endometrial biopsies obtained by curettage.

**Results:** 154 endometrial biopsies (12.1 %) had the diagnosis of endometrial hyperplasia. The age range of diagnosis was more frequent for women between 41 and 50 years and the highest percentage of patients (84.4%) were diagnosed with simple hyperplasia without atypia; while 7.1 % of the cases showed atypia. The associated risk factor was obesity in 46.1 % of cases. Ultrasound had positivity in patients with atypical endometrial 90.9 % and 100 % hysteroscopy. Hormone therapy was used in 67.5 % of patients and surgical treatment was used in all patients with cellular atypia.

**Conclusions:** there was a predominance of endometrial hyperplasia without atypia in women aged between 41 and 60 and with low parity and a low occurrence of atypical hyperplasia.

**Keywords:** endometrial hyperplasia, endometrial atypia, endometrial biopsy.

---

## INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Trofoblástica Gestacional (ETG) es conocida desde la antigüedad. Se sabe que hace más de 2 500 años, Hipócrates fundamentado en su teoría de los cuatro humores, describió la mola hidatiforme como una hidropesía o retención de líquidos en el útero y se la atribuyó al agua insalubre.<sup>1</sup>

La incidencia de la ETG varía dependiendo de la localización geográfica, así en los países asiáticos es más frecuente, 1/200 embarazos, con una mayor capacidad de malignización;<sup>2</sup> mientras que en los países occidentales tiene una menor frecuencia, 1/1 500 embarazos, y solo entre el 5-10 % precisará tratamiento posterior por enfermedad trofoblástica persistente o malignización.<sup>3</sup> Algunos estudios en Latinoamérica reportan cifras de 4,6/1 000 embarazos. Las causas estarían relacionadas con una dieta pobre en proteínas, lo que explicaría la alta incidencia en países orientales subdesarrollados, de carotenos-vitamina A, de la raza y alteraciones inmunitarias maternas.<sup>4</sup>

---

Durante los últimos cinco años, en el Hospital Ginecobstétrico "Ramón González Coro", se ha observado una frecuencia discretamente elevada de casos con el diagnóstico de ETG como motivo de ingreso en relación al total de ingresos del periodo 2003-2007. Por la vigencia de este problema de salud tanto a nivel mundial como en nuestro país se decidió realizar este trabajo con el objetivo de determinar el comportamiento de pacientes con ETG atendidas en el Hospital Ginecobstétrico "Ramón González Coro" durante los años 2008-2012.

## MÉTODOS

La investigación fue realizada en el Hospital Ginecobstétrico "Ramón González Coro" en el año 2013. Se puso en práctica un estudio observacional descriptivo de corte transversal. El universo de trabajo estuvo constituido por todas las pacientes que fueron atendidas en el Hospital Ginecobstétrico "Ramón González Coro" con sospecha de ETG durante el período comprendido entre enero de 2008 y diciembre de 2012, con un total de 18 pacientes.

### Criterios de inclusión

Diagnóstico anatomopatológico de ETG.

### Criterio de exclusión

Pacientes cuyas historias clínicas no estaban disponibles en el Departamento de Estadística del hospital donde se llevó a cabo el estudio.

Para la recolección organizada y completa de los datos necesarios para llevar adelante la investigación se acudió en primer término a los libros de ingreso del Departamento de Registros Médicos de la institución, a los archivos de Contabilidad así como a la historia clínica de cada una de las pacientes (fuente secundaria), los datos obtenidos aparecen en un formulario de recolección de datos, que constituyó la fuente primaria, creado este por los autores de la investigación y abalado por la institución donde habían realizado el estudio. Una vez recolectada la información fue llevada a una base de datos confeccionada con el fin de lograr una revisión exhaustiva.

Desempeñan un papel fundamental los métodos empíricos, teóricos y estadísticos; los cuales fueron aplicados de la siguiente forma:

- *Métodos empíricos:* permitieron la obtención y elaboración de los datos. Fue empleado el análisis documental, a través del cual se revisaron las historias clínicas del departamento de archivo del Hospital Ginecobstétrico "Ramón González Coro", la información quedó registrada en planillas de vaciamiento, en este caso un formulario de recolección de datos.
- *Métodos teóricos:* permitieron la construcción y el desarrollo de la teoría científica y el enfoque general para bordar el problema científico; para ello se revisaron 47 referencias bibliográficas, las que sirvieron de apoyo para la discusión de los resultados.

- *Análisis estadístico:* se utilizó estadística descriptiva y se obtuvieron distribuciones de frecuencia en valores absolutos y relativos para las variables correspondientes.

Se informó al comité de ética de la institución para garantizar la confidencialidad de toda la información; por tal motivo solo se usa el número de historia clínica de las pacientes.

## RESULTADOS

Existe una mayor incidencia de pacientes con más de 24 años. Los resultados encontrados en el estudio realizado en cuanto a la edad son similares a los reportados por otros autores tanto nacionales como extranjeros.<sup>2-4</sup> Es necesario destacar que González-Merlo y colaboradores reportaron que en su serie los casos ocurrieron principalmente entre los 21 y los 30 años (77 %),<sup>5</sup> mientras que en un estudio realizado en el Hospital Central de Maracay por la doctora María Scucces encontró que 71 % de las pacientes con ETG tenía edades comprendidas entre 17 y 28 años.<sup>6</sup> En otra serie realizada en el Hospital Materno de Guanabacoa durante el período 1990-2000 se obtuvo datos que demostraban que el 50 % de las pacientes estudiadas oscilaba entre los 21 y 25 años de edad.<sup>4</sup> Cabe por tanto señalar que al comparar dichos estudios con esta investigación se concluye que más del 70 % de los casos de ETG se presenta en pacientes mayores de 21 años con mayor incidencia en edades superiores a los 30 años (tabla 1).

**Tabla 1.** Distribución de pacientes diagnosticadas con ETG según edad

| Grupo etario (años) | Cantidad de pacientes | %    |
|---------------------|-----------------------|------|
| 15 - 19             | 1                     | 5,5  |
| 20 - 24             | 2                     | 11,1 |
| 25 - 29             | 5                     | 27,8 |
| 30 - 35             | 5                     | 27,8 |
| Mayores de 36       | 5                     | 27,8 |
| Total               | 18                    | 100  |

*Fuente:* Historias clínicas revisadas.

Ninguna de las pacientes del estudio era de piel negra. No existieron hallazgos sobre la relación del color de la piel con la enfermedad en cuestión, por lo que no se puede concluir si nuestros resultados difieren o no de lo habitual. Es pertinente señalar que un objetivo importante que pudiese considerarse en futuras investigaciones sería hallar la relación que puede o no existir entre el grupo étnico y la incidencia de ETG (tabla 2).

**Tabla 2.** Distribución de pacientes diagnosticadas con ETG según color de la piel

| Color de piel | Cantidad de pacientes | %   |
|---------------|-----------------------|-----|
| Blanca        | 9                     | 50  |
| Mestiza       | 9                     | 50  |
| Negra         | 0                     | 0   |
| Total         | 18                    | 100 |

*Fuente:* Historias clínicas revisadas.

Los datos de la tabla 3 coinciden con otro estudio en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, donde se obtuvo que el 91,7 % de los casos ingresados con ETG tenía como principal motivo de ingreso el sangramiento vaginal.<sup>9</sup> De igual forma coinciden con los datos obtenidos en un estudio que se realizó en la provincia de Cienfuegos, donde se refleja que 61,1 % de las pacientes estudiadas presentó como motivo de ingreso el sangrado vaginal.<sup>10</sup>

**Tabla 3.** Distribución de pacientes diagnosticadas con ETG según motivo de ingreso

| Motivo de ingreso        | Cantidad de pacientes | %  |
|--------------------------|-----------------------|----|
| Sangramiento vaginal     | 12                    | 67 |
| Dolor bajo vientre       | 6                     | 33 |
| Sospecha por ultrasonido | 6                     | 33 |

*Fuente:* Historias clínicas revisadas.

**Nota:** Debemos señalar que una misma paciente pudo presentar más de un signo o síntoma como motivo de ingreso, de ahí que no se refleje en la tabla el total de porcentajes.

En el examen físico ginecológico, específicamente al tacto vaginal, los autores consultados afirman que en la ETG, el hallazgo predominante es el útero aumentado de tamaño por encima a lo que correspondería a la edad gestacional, aunque puede también que la paciente presente un tamaño uterino menor de lo esperado.<sup>8</sup> El 94 % presentó un útero aumentado de tamaño, esto coincide con un estudio realizado por González Merlo y colaboradores, los que encontraron que 73 % presentó el útero aumentado de tamaño. Cabe señalar que las cifras encontradas en esta investigación no coinciden con las obtenidas en el estudio que se realizó en el Hospital Provincial Ginecobstétrico de Cienfuegos, donde solo 8,3 % de la muestra estudiada presentó un aumento del tamaño uterino.<sup>7</sup>

Las afecciones más importantes que forman parte de la ETG son: la mola hidatiforme completa, la hidatiforme parcial, el coriocarcinoma y el tumor del sitio placentario. Los autores argumentan que la mola hidatiforme completa es la más frecuente.<sup>9,10</sup> Suárez Rae y colaboradores encontraron en su estudio que la mola hidatiforme completa es la manifestación más común de la ETG para un 58 %.<sup>6,12</sup> Mientras que esta afección en su modo parcial tiene en la bibliografía consultada

una frecuencia algo menor del 10 y hasta el 30 %.<sup>7,12</sup> El estudio de Lira Plascencia en el Instituto Nacional de Perinatología de México muestra de igual forma como 89,1 % de sus casos con ETG se debía a mola hidatiforme completa y solo 4 % era mola hidatiforme parcial.<sup>11,12</sup> Estos datos no se corresponden con lo obtenido en esta investigación, pues 15 de las pacientes presentaron mola hidatiforme parcial y el resto se debía a mola hidatiforme completa. Se concluye entonces que la Enfermedad Trofoblástica Gestacional se presentó más frecuentemente en mujeres mayores de 24 años, sin distinción en cuanto al color de la piel. El sangrado vaginal a través del orificio cervical externo fue el signo más significativo al examen físico ginecológico, que resultó la principal causa de ingreso. La mola hidatiforme parcial fue la forma anatomopatológica predominante en las pacientes de este estudio.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. The History of Obstetrics and Gynecology (6ta. edición). España: Elsevier. (Citado: 21 de Mayo de 2012). Disponible en: <http://books.google.com/books?id=tETjBc7EZ7kC&client=safari>
2. Suárez RAE, Santana TRM, Pantoja TCO, Pérez ACE, Vázquez MH. Incidencia de enfermedad trofoblástica gestacional detectada por el estudio histopatológico rutinario de los especímenes obtenidos de abortos. *Ginecol Obstet Mex*. 2008;76(2):81-7.
3. Bugti QA, Baloch N, Baloch MA. Gestational trophoblastic disease in Quetta. *Pak J Med Res*. 2005;44:92-5.
4. Oróstegui Correa S. Enfermedad trofoblástica gestacional. *Med UNAB*. 2008;11(2).
5. González Merlo J. Enfermedad trofoblástica gestacional. (En español). *Obstetricia*. 5ta. edición. España: Elsevier.
6. Scucces M, Montesino C, Bello L, Camperos G. Neoplasia trofoblástica de la gestación en el Hospital Central de Maracay. *Rev Obstet Ginecol Venezuela*. 2007;60(4):223-7.
7. Schorge JO, Schaffer JI, Halvorson LM, Hoffman BL, Bradshaw KD, Cunningham FG. *Williams Ginecología*. 2009;37:755-70.
8. Goldstein DP, Berkowitz RS. Gestational trophoblastic disease. In: Abeloff MD, Armitage JO, Niederhuber JE, Kastan MB, McKenna WG. editors. 4<sup>th</sup> ed., *Abeloff's Clinical Oncology*, Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone; 2008.
9. Juárez AA, Durán PM, Islas DL, Martínez MS. Mola parcial con feto vivo, análisis clínico, morfológico y genético. *Rev Mex Pediatr*. 2009;76(5):12-4.
10. Enciclopedia de Medicina en castellano. Enfermedad Trofoblástica Gestacional. (Citado: 4 de Enero de 2013). Disponible en: [http://www.ferato.com/wiki/index.php/Enfermedad\\_Trofoblastica\\_Gestacional](http://www.ferato.com/wiki/index.php/Enfermedad_Trofoblastica_Gestacional)

11. Lira Plascencia, J. Enfermedad trofoblástica gestacional: experiencia de 6 años en el Instituto Nacional de Perinatología/Gestational trophoblastic disease: six years experience al Instituto Nacional de Perinatología. Ginecol Obstet Méx. 2007; 63(11): 478-82.

12. Neoplasia Trofoblástica Gestacional. Manual de Diagnóstico y Tratamiento en Obstetricia y Perinatología. 2009; 26: 192-8.

Recibido: 28 - 4 - 14

Aprobado: 8 - 5 - 14

*Yovany Enrique Vázquez Martínez*. Hospital Ginecobstétrico "Ramón González Coro". Correo electrónico: [yovany@infomed.sld.cu](mailto:yovany@infomed.sld.cu)