

## ENFERMEDAD TROFOBLASTICA GESTACIONAL

Luis Eduardo Zamora Vargas\*

### RESUMEN

*Se analizó un total de 75 casos de enfermedad trofoblástica gestacional, diagnosticados y "tratados" en un hospital general, en un período comprendido entre 1977 y 1989. La frecuencia obtenida fue de 1 por 655 embarazos normales y la posibilidad de dar inicio a un tumor trofoblástico gestacional fue de 8,9 por 100 embarazos con enfermedad trofoblástica gestacional, por lo que interesa conocer más a fondo esta patología, y establecer buenos programas de seguimiento. De las 48 pacientes estudiadas, solamente 16 fueron seguidas por más de 12 meses, lo que corresponde solamente al 33 por ciento de los casos, aspecto preocupante dada la necesidad de un control estricto. Esta patología se presentó más frecuentemente en mujeres jóvenes entre los 14 y 25 años de edad (69%); primigestas (33%); embarazos entre las 9 y 16 semanas (44%). Los diagnósticos de ingreso fueron confundidos con diferentes tipos de aborto en el 85%; el diagnóstico definitivo se realizó en 79% de las pacientes como hallazgo durante el acto quirúrgico, sospechándose clínicamente solamente en el 21%. La histología no demostró ser un factor pronóstico. Creemos que esta patología puede ser manejada en cualquier centro hospitalario costarricense, siempre y cuando exista el interés real*

*de controlar y dar seguimiento a dichas pacientes. (Rev. Cost. Cienc. Méd. 1992; 13(1-2): 27-31).*

### INTRODUCCION

La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) es una patología propia de la placenta. Se incluyen dentro de este término a las molas hidatidiformes (parciales o totales) (1), las molas invasivas (con o sin metástasis a distancia) y el coriocarcinoma (2).

En Costa Rica, específicamente en la región Pacífico Central, las características propias de esta patología no son conocidas. En los Estados Unidos de Norteamérica, la incidencia es de 1 por cada 1.500 a 2.000 embarazos (3, 4).

Se presenta principalmente en mujeres menores de 20 y mayores de 40 años de edad (4), con embarazos en su primer trimestre. El sangrado es la principal sintomatología (5) y es muy sospechoso alrededor de la semana 18 de gestación, con úteros mayores a la edad gestacional, acompañados de hiperemesis gravídica (4), ausencia de ruidos cardíacos y partes fetales (5).

El tratamiento recomendado para la mola hidatidiforme, en aquellos casos en que la descendencia está asegurada, es la histerectomía junto con la mola, lo que elimina en mucho el riesgo de una evolución no deseada, aunque no la elimina por completo. Esto obliga a continuar con controles de gonadotropina coriónica (GTC) periódicos.

En caso de no poderse realizar la histerectomía, la evacuación por curetaje es el método recomendado,

---

\* Servicio de Patología Hospital Monseñor Sanabria, Puntarenas, Costa Rica.

siendo la histerectomía un método obsoleto (5). La mayor preocupación en cuanto al reconocimiento temprano de la enfermedad es la posibilidad en un 20% de producirse un tumor trofoblástico gestacional (TTG); este término engloba la mola invasiva, el coriocarcinoma, la mola persistente y el tumor trofoblástico del sitio de implantación de la placenta (4). El monitoreo con GTC es el medio más adecuado para el reconocimiento de estas entidades (4, 6). Se reconocen tres patrones básicos de GTC sugestivos de TTG, a saber: el aumento posterior a un descenso o negativización de los niveles, títulos en meseta y niveles persistentemente elevados (5). La quimioterapia oportuna, aun en los casos de coriocarcinoma, proporciona una remisión completa (7). Debe establecerse con la mayor brevedad posible, la clasificación de las pacientes en diferentes grupos de riesgo, dependiendo de los factores que presenten. Los más importantes son:

- 1) los niveles de GTC sérica o urinaria;
- 2) el intervalo entre el final del embarazo y el inicio del tratamiento;
- 3) metástasis;
- 4) respuesta previa a la quimioterapia;
- 5) origen del tumor gestacional, principalmente si se trata de un embarazo normal, lo cual ensombrece el pronóstico; y
- 6) edad de la paciente, considerándose el punto de corte en 39 años (2).

Desde el punto de vista anatomopatológico, se ha intentado, desde 1947 (8), establecer una clasificación que permita una correlación pronóstica. Sin embargo, a pesar de éste y otros intentos, el punto es controversial, por lo que se debe prestar mayor atención a las mediciones de GTC (4, 9, 10). Las

determinaciones de GTC deben practicarse cada semana, hasta lograr 3 semanas consecutivas negativas luego; cada mes, hasta lograr 3 exámenes consecutivos negativos, y finalmente cada año, hasta completar como mínimo 2 años, principalmente para el grupo de alto riesgo (11, 12).

El objetivo de este trabajo es caracterizar esta enfermedad y la actitud médica ante tal patología, en Costa Rica.

## MATERIAL Y METODOS

De los archivos del servicio de patología del Hospital Monseñor Sanabria, Puntarenas, Costa Rica, se extrajeron 75 casos codificados bajo los diagnósticos de mola hidatidiforme corioadenoma destruens y coriocarcinoma, diagnosticados durante los años 1977-1989. Se obtuvieron los siguientes datos: edad, número de embarazos previos al diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional (ETG), diagnóstico de ingreso, síntoma principal, duración del mismo, edad gestacional por fecha de última regla, y de acuerdo a la altura uterina, forma en que se llegó al diagnóstico definitivo, tratamiento instaurado, títulos de GTC durante el internamiento previo a la evacuación, meses de control posterior, complicaciones encontradas y su correspondiente tratamiento, embarazos posteriores a la evacuación molar, meses que mediaron entre la evacuación de la mola y el último embarazo. Se eliminaron 27 pacientes (36%) cuyos expedientes no fueron encontrados.

Las preparaciones histológicas de los casos cuya evolución posterior a la evacuación molar fue conocida se revisaron nuevamente, clasificándose en tres grados según Driscoll (7).

El cálculo del número de embarazos normales por año que se presenta en la

región se estableció de la siguiente manera: número de partos hospitalarios de los años motivos de estudio más abortos; más una constante establecida teóricamente por el departamento de bioestadística de este hospital en 50 partos extrahospitalarios por año estudiado.

## RESULTADOS

Las características que definen dicha población son:

1. Pacientes jóvenes, con edades entre 14 y 20 años (44%); entre 26 a 30 años (10%), 31 a 35 años (8%) y mayores de 35 años de edad (13%).
2. Primigestas (33%), segunda gesta (23%), tercera gesta (17%) y multiparas mayores de 4 gestas (27%).
3. Con una edad gestacional de 13 a 16 semanas (33%), entre 9 y 12 semanas (10%), de 17 a 21 semanas (17%), de 26 a 29 semanas (8%) y más de 30 semanas (6%) (desconocido en 8,3%).
4. Con un tamaño uterino no acorde con la edad gestacional (65 %), mayor (31 %) y menor (33%), no consignado 29% y normal (6%).
5. Cuyo síntoma principal es el sangrado 90% acompañado de hiperemesis, 8%.

Con respecto a los títulos de GTC éstos no se realizaron en 12 pacientes (25%). En 25 pacientes (52%) se obtuvieron títulos menores a 100.000 UI y mayores en 8 (17%).

Los resultados obtenidos en cuanto a seguimiento y control de las pacientes fueron los siguientes: 9 pacientes (19%)

no fueron controlados, 23 (48%) fueron controlados menos de un año, 16 pacientes (35%) de 1 a 2 años y más de 2 años de control solamente en 5 (10%). En 25 pacientes (52%) hubo embarazos posterior a la evacuación molar; 8 pacientes (32%) con uno, 14 (56%) de 2 a 3, 2 (8%) de 4 a 6 embarazos y una (4%), 12 embarazos posteriores. Dichos embarazos se presentaron: durante el primer trimestre posterior a la evacuación molar con 2 pacientes (8%), durante el segundo trimestre en 7 de las pacientes (28%), en el tercer trimestre 2 (8%), en el último trimestre 3 (12%) y finalmente 11 pacientes (44%) después del primer año.

Cinco pacientes (10%) mostraron evoluciones complicadas, de ellas 3 eran jóvenes primigestas, 2 de 19 años de edad, y una de 23 años; las otras dos eran adultas de 41 y 45 años, una de ellas gran múltipara en su octava gesta. Cuatro de las pacientes tenían antecedentes de embarazo molar y una con embarazo ectópico degenerado en TTG. En dos de ellas, el diagnóstico se realizó por biopsias positivas por ETG, otra por sangrados persistentes, otra por títulos elevados de GTC y la última como hallazgo quirúrgico.

La revisión histológica reveló la poca correlación existente entre ésta y la evolución posterior, ya que de las cinco pacientes con tumor trofoblástico gestacional, 3 mostraron datos histológicos de mola grado 1.

## DISCUSION Y CONCLUSIONES

En Costa Rica, según la revisión realizada del año 1982 a 1990, no existen publicaciones sobre el tema. La principal limitación del presente estudio fue el extravío de expedientes,

el poco seguimiento de los casos cuyas razones no se consignaron, además de la falta de protocolos de estudio, diagnóstico y tratamiento.

La frecuencia obtenida de esta enfermedad coloca al país en una posición intermedia entre los países de mayor y de menor incidencia, siendo el grupo afectado similar al descrito en la literatura mundial (3, 4, 5).

La GTC es útil en el seguimiento, más que para el diagnóstico, ya que los niveles alcanzados por lo general no son prognomónicos, y sirven más para la clasificación clínica según grupos de riesgo.

El presente estudio demuestra que el tratamiento seguido no fue el producto final de un análisis, ya que la mayoría de las ETG fueron hallazgos quirúrgicos, por lo que se procedió a la evacuación a través de legrado aun en pacientes con paridad asegurada (18 de 20 pacientes, 90%). Algunos de ellos requirieron una segunda intervención quirúrgica innecesaria; sólo una de ellas recibió el beneficio de la histerectomía; el diagnóstico se realizó previo al acto quirúrgico por ultrasonido. Este punto es de particular interés y debe servir de reflexión a la comunidad ginecológica nacional, pues refleja la necesidad de un diagnóstico preoperatorio lo más acertado posible, aun cuando el procedimiento a efectuarse sea menor, en este caso el legrado.

El pequeño grupo seguido por más de un año (16/75), sólo permite concluir que cualquier centro hospitalario que desee tratar adecuadamente la ETG debe realizar una clasificación inicial en grupos de riesgo, y posteriormente establecer los mecanismos necesarios para lograr un control estricto de los casos, de 2 años y medio como mínimo. Además, debe suministrarse a las

pacientes la información necesaria, con el fin de evitar embarazos por lo menos durante los 2,5 años posteriores a la evacuación molar.

Compartimos la opinión de que las clasificaciones pronósticas anatomopatológicas se deben evitar, ya que como se ha demostrado (4, 9, 10) no son prácticas y producen en el médico clínico una seguridad falsa. Hemos notado además que el diagnóstico de mola parcial (1) no se consigna, probablemente debido a que es poco conocido dentro de la comunidad de patólogos nacionales.

## AGRADECIMIENTOS

A la Lic. Ana I. Calderón V. Coordinadora de cómputo del BINASS por su apoyo técnico valioso en la búsqueda bibliográfica y revisión del texto. A los doctores Elizabeth Castro y Gerardo González Gatgens por su paciencia.

## ABSTRACT

Seventy-five cases of gestational trophoblastic disease were analyzed, diagnosed and treated in a general hospital, between 1977 and 1989. The frequency was 1 per 655 normal pregnancies; the risk of evolution to a thophoblastic tumor was 8.9 per 100 pregnancies with gestational trophoblastic disease. It is important to recognize this condition and establish an adequate follow-up program. Only 16 patients (33%) were followed for more than 12 months. This pathological condition was more frequent in young women between 14-25 years of age (69%), primigravida (33%) and early pregnancy (44%). In

85% of the cases the initial diagnosis was mistaken, and in 79% the definite diagnosis was reached during the surgical procedure. Histopathological changes were not a prognostic factor. We believe that this disease could be adequately managed in any Costa Rican hospital if there is real interest to control and follow these patients.

## BIBLIOGRAFIA

1. Vassilakos P.; Riotton, G.; Kajii, T.: Hydatidiforme mole: Two entities: A morphologic and cytogenetic study with some clinical consideration. **Am. J. Obstet Gynecol.** 1977; 15:167-170.
2. Miller D. S.; Laurain, J. R.: Clasificación and staging of gestational thophoblastic tumors. **Obstet. Gynecol. Clin. North. Am.** 1980; 15(3):477-490.
3. Stanley, L. R.; Cotran, R. S.: **Patología estructural y funcional.** 2ª ed., México: Editorial Interamericana, 1984: 1203- 1209.
4. Benson, R. C.: **Obstetrics and gynecologic diagnosis and treatment** (Current). 3ª ed., California: Lange Medical Publication, 1980; págs. 570-575.
5. Ratman, S. S.; Ilancheran, A.: Disease of trophoblastic. **Clin. Obstet. Gynecol.** 1982; 9(3):539-564.
6. Tyrey, L.: Human chorionic gonadotropin assays and their uses. **Obstet. Gynecol. Clin. North. Am.** 1988; 15(3):457-475.
7. Driscoll, S. G.: Gestational Trofoblastic neoplasms: Morphologic consideration. **Hum. Pathol.** 1977; 8(5):529-539.
8. Hertig, A. T.: Hidatidiform mole: a pathology-clinical correlation of 200 cases. **Am. Obstet. Gynecol.** 1947; 57(1): 1-10.
9. Soper, J. T.; Hammond, Ch. B.: Nonmetastatic gestational Trophoblastic disease. **Obstet. Gynecol. Clin. North. Am.** 1988; 15(3):505-519.
10. Marrow, C. P.; Dubuc-lissoir, J.: Low risk metastatic gestational thophoblastic disease. **Obstet. Gynecol. Clin. North. Am.** 1988; 15(3):521 -530.
11. Berkowitz, R. S.; Goldstein, D. P.: Diaggnosis and management of the primary hydatidiforme mole. **Obstet. Gynecol. Clin. North. Am.** 1988; 15(3):491 -504.
12. Bashawe, K. D.: High-risk metastatic trophoblastic disease. **Obstet. Gynecol. Clin. North. Am.** 1988; 15(3): 531-544.