

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

Prevalencia de la enfermedad trofoblástica gestacional en mujeres de 15 a 45 años, en el Hospital General Monte Sinaí en el periodo de enero del año 2020 hasta mayo del año 2024.

AUTORES:

**Correa Mosquera, Ali Martin
Sánchez Poggi, Andrea Carla**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
MÉDICO**

TUTORA:

Dra. Mayo Galbán, Caridad Isabel

Guayaquil, Ecuador

10 de mayo del 2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Correa Mosquera, Ali Martin y Sánchez Poggi, Andrea Carla** como requerimiento para la obtención del título de **Médico General**.

TUTOR (A)

f. _____
Dra. Mayo Galbán, Caridad Isabel

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Dr. Aguirre Martínez Juan Luis

Guayaquil, a los 10 del mes de mayo del año 2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Correa Mosquera, Ali Martin**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de la enfermedad trofoblástica gestacional en mujeres de 15 a 45 años, en el Hospital General Monte Sinaí en el periodo de enero del año 2020 hasta mayo del año 2024.** previo a la obtención del título de **Medico General**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 10 del mes de mayo del año 2025

EL AUTOR



Firmado electrónicamente por:
**ALI MARTIN CORREA
MOSQUERA**

f. _____

Correa Mosquera, Ali Martin



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Sánchez Poggi, Andrea Carla**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de la enfermedad trofoblástica gestacional en mujeres de 15 a 45 años, en el Hospital General Monte Sináí en el periodo de enero del año 2020 hasta mayo del año 2024.** previo a la obtención del título de **Medico General**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 10 del mes de mayo del año 2025

EL AUTOR (A)



Firmado electrónicamente por:
**ANDREA CARLA
SANCHEZ POGGI**

f. _____

Sánchez Poggi, Andrea Carla



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Correa Mosquera, Ali Martin**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de la enfermedad trofoblástica gestacional en mujeres de 15 a 45 años, en el Hospital General Monte Sinaí en el periodo de enero del año 2020 hasta mayo del año 2024**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 10 del mes de mayo del año 2025

EL AUTOR:



Firmado electrónicamente por:
**ALI MARTIN CORREA
MOSQUERA**

f. _____

Correa Mosquera Ali Martin



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Sánchez Poggi, Andrea Carla**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de la enfermedad trofoblástica gestacional en mujeres de 15 a 45 años, en el Hospital General Monte Sinaí en el periodo de enero del año 2020 hasta mayo del año 2024**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 10 del mes de mayo del año 2025

LA AUTORA:



Firmado electrónicamente por:
**ANDREA CARLA
SANCHEZ POGGI**

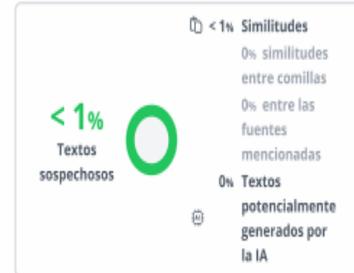
f. _____

Sánchez Poggi Andrea Carla

REPORTE COMPILATIO



ali martin, correa mosquera, andrea carla, sanchez poggi, TT, P74, 3 borrador CORREGIDO



Nombre del documento: ali martin, correa mosquera, andrea carla, sanchez poggi, TT, P74, 3 borrador CORREGIDO.docx
ID del documento: 84d2ac48245f7d642b429a83f030547e0fb9795d
Tamaño del documento original: 229,76 kB
Autores: []

Depositante: Ali Martin Correa Mosquera
Fecha de depósito: 31/3/2025
Tipo de carga: interface
fecha de fin de análisis: 31/3/2025

Número de palabras: 5975
Número de caracteres: 38.190

TUTOR (A):

f. _____
Dra. Mayo Galbán, Caridad Isabel

AGRADECIMIENTO

Agradezco profundamente a Dios, por darme propósito, dirección y fuerza aun cuando el miedo o la duda en algún punto intentaron detenerme. También agradezco a mis padres, Ali y Claudia, por ser el pilar fundamental en mi vida, quienes desde un principio nunca dudaron en brindarme su amor y apoyo incondicional, y que a pesar de que hubo momentos difíciles siempre estuvieron para mí.

Agradezco de todo corazón a nuestra tutora, Dra. Caridad Mayo, por su paciencia, por cada enseñanza compartida y por motivarme a ser mejor cada día, al igual que nuestra alma Mater la Universidad Católica Santiago de Guayaquil y sus docentes por ser una parte importante en este proceso de formación académica e inspirarnos a ser mejores con cada paso cumplido.

Y no menos importante, agradezco a cada uno de mis amigos y compañeros con los que coincidí y tuve la dicha de compartir momentos inolvidables, noches de desvelos, risas sinceras, y por nunca dudar de mí.

Ali Martín Correa Mosquera

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a todas las personas e instituciones que hicieron posible la realización de esta tesis, un proyecto que ha significado tanto para mí.

En primer lugar, a la Dra. Caridad Mayo, mi tutora de tesis, por su valiosa guía, paciencia y apoyo constante. Gracias por creer en nuestro trabajo, por sus consejos sabios y por impulsarnos a dar siempre lo mejor.

A la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, mi segunda casa durante estos años, por brindarme la formación académica y los recursos necesarios para crecer no solo como profesional, sino también como persona.

A mis padres, por su amor incondicional, por apoyarme en cada paso y por ser mi mayor ejemplo de fortaleza y perseverancia. Gracias por ser mi sostén y mi refugio en cada momento.

Agradezco a mi compañero de tesis y de vida Ali, por estar a mi lado en cada jornada, por compartir madrugadas de trabajo, por animarme cuando sentía que no podía más y por ser mi mayor motivación.

Al Hospital General Monte Sinaí, por abrirnos sus puertas y brindarnos la información necesaria para llevar a cabo este estudio; su colaboración fue fundamental para el éxito de este proyecto.

A todos ustedes, mi más sincero agradecimiento. Este logro también es suyo.

Y, por último, pero no menos importante a mi familia por ser un apoyo incondicional, por estar para mí siempre que lo necesité y por acompañarme durante esta etapa de mi vida.

Andrea Carla Sánchez Poggi

DEDICATORIA

Tengo la dicha y el honor de dedicar este trabajo a mis padres, Claudia y Ali, por siempre mostrarme su amor incondicional, por cada sacrificio hecho con amor y por enseñarme con el ejemplo que la perseverancia y la humildad siempre abren caminos. Este logro también es de ustedes, y aunque sé que nunca me cobrarían nada, mi corazón sabe que se los debo todo.

A mi familia y amigos, que, con sus palabras, actos o un simple abrazo me hicieron sentir que estoy en el camino correcto y no desistir en el proceso, por siempre creer en mi a pesar de atravesar momentos difíciles, este logro es por y para ustedes.

A mi novia, compañera de tesis y de vida, Andrea, te dedico este trabajo por que sé el sacrificio que implicó realizarlo, por tu apoyo, esfuerzo y desvelos, gracias por creer en nosotros cuando todo parecía difícil, por compartir cada reto con valentía y cada logro con alegría. Esta meta también es tuya.

Por último, dedico este logro, a aquellos que se nos adelantaron de este mundo y a mis pequeños seres de cuatro patas, gracias por haber formado parte de mi vida y acompañarme en las largas noches de estudio.

Ali Martin Correa Mosquera

DEDICATORIA

Tengo el honor de poder dedicar este trabajo en primer lugar, a mis padres, quienes siempre me brindaron su amor, apoyo y confianza para alcanzar mis metas. Gracias por creer en mí y por ser mi mayor ejemplo de fortaleza. A mi hermana Ariana, por estar siempre a mi lado, animándome en cada paso, celebrando mis logros y levantándome en los momentos difíciles.

Quiero dedicarle la tesis a mi compañero de vida y de tesis Ali, por su amor, paciencia y por estar conmigo en cada madrugada de trabajo; gracias por ser mi apoyo incondicional y hacerlo todo más fácil con tu compañía.

A mi querida mascota franco, que aunque partió de este mundo, me acompañó durante toda la carrera, haciéndome compañía en tantas noches largas de estudio. Siempre estará en mi corazón.

Y a mi abuela, mi querida Mami Lili, que desde el cielo me ha acompañado y guiado en este camino. Tu amor y tus enseñanzas viven en mí cada día.

A todos ustedes, gracias por ser mi fuerza, mi inspiración y mi motivo para seguir adelante.

Andrea Carla Sánchez Poggi



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

DR. AGUIRRE MARTINEZ JUAN LUIS
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

DR. VÁSQUEZ CEDEÑO DIEGO ANTONIO
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

OPONENTE

INDICE GENERAL

RESUMEN.....	XVI
ABSTRACT.....	XVII
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	3
1.3 OBJETIVOS.....	5
1.3.1 Objetivo General:.....	5
1.3.2 Objetivos específicos.....	5
1.4 HIPOTESIS.....	5
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO.....	6
2.1 FORMACIÓN DE LA PLACENTA.....	6
2.2 ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL.....	7
2.3 PATOGÉNESIS.....	7
2.4 CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL.....	8
2.5 CLÍNICA.....	10
2.6 DIAGNÓSTICO.....	11
2.7 TRATAMIENTO.....	11
CAPITULO III. MARCO METODOLÓGICO.....	13
3.1 TIPO DE ESTUDIO:.....	13
3.2 DISEÑO DEL ESTUDIO:.....	13
3.3 LOCALIZACIÓN:.....	13
3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA:.....	13
3.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN:.....	14
3.5.1 Criterios de inclusión:.....	14
3.5.2 Criterios de exclusión:.....	14
3.6 VARIABLES.....	15
3.7 RECOLECCIÓN DE DATOS Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN:.....	16
3.8 ANÁLISIS:.....	16
3.9 ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN:.....	16
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	18
4.1 RESULTADOS:.....	18
4.2 DISCUSIÓN:.....	24
FORTALEZAS Y FALENCIAS:.....	27
CONCLUSIÓN.....	28
RECOMENDACIONES.....	28
REFERENCIAS.....	29

INDICE DE TABLAS

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDADES DE LAS PACIENTES DIAGNOSTICADAS CON ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA. _____	18
TABLA 2. PACIENTES CON ETG SEGÚN LA ETNIA. _____	19
TABLA 3. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS EN PACIENTES CON ETG. __	20
TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN EL TIPO DE ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL. _____	21
TABLA 5. CORRELACIÓN DE LAS PACIENTES SEGÚN EL PORCENTAJE DE BETA HCG Y EL TIPO DE ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL. _____	23

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDADES DE LAS PACIENTES DIAGNOSTICADAS CON ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA.....	18
GRÁFICO 2. PACIENTES CON ETG SEGÚN LA ETNIA.....	19
GRÁFICO 3. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS EN PACIENTES CON ETG.	20
GRÁFICO 4. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS DE ABORTO EN PACIENTES CON ETG.	21
GRÁFICO 5. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN EL TIPO DE ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL.....	22
GRÁFICO 6. CORRELACIÓN DE LAS PACIENTES SEGÚN EL PORCENTAJE DE BETA HCG Y EL TIPO DE ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL	23

RESUMEN

El aumento anormal del tejido trofoblástico de la placenta durante el embarazo, se lo conoce como Enfermedad Trofoblástica Gestacional (ETG), el cual, es una agrupación de diversas enfermedades que pueden llegar a ser tanto benignas como malignas, con características clínicas relevantes. El presente estudio tuvo como objetivo determinar la prevalencia de la enfermedad trofoblástica gestacional en mujeres de 15 a 45 años atendidas en el Hospital General Monte Sinaí entre enero de 2020 y mayo de 2024. Se desarrollo un estudio observacional, retrospectivo, de corte transversal y descriptivo, examinando historias clínicas de pacientes con dicha patología.

Los resultados de este estudio determinaron que la prevalencia de la ETG tuvo mayor incidencia en mujeres mestizas de 20 a 30 años, de la cual la mola hidatiforme completa predominó sobre las demás enfermedades que componen la ETG. Además, se vieron relacionados factores de riesgo como antecedentes obstétricos y niveles de hormona gonadotropina coriónica humana.

En conclusión, se pudo determinar que la Enfermedad Trofoblástica Gestacional, a pesar de ser una patología poco frecuente, en nuestro medio se puede presentar con mayor recurrencia, en comparación con países mejor desarrollados, por lo que es de gran importancia realizar un correcto diagnóstico.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad Trofoblástica Gestacional, Mola Hidatiforme, Embarazo Molar.

ABSTRACT

The unusual high of trophoblastic tissue in the placenta during the woman pregnancy is known as the Gestational Trophoblastic Disease (GTD), which forms a group of multiple diseases that can be of the benign kind and the malignant, having relevant clinic characteristics.

The next study has a goal in the determination of the prevalence of the gestational trophoblastic disease in women between 15 and 45 years from the Monte Sinai General Hospital, all that come from the gap of time between January 2020 and May 2024. An observational, retrospective, cross-sectional and descriptive study was made with the help of clinical records from patients that have this pathology.

The final results from this work see the prevalence of the GTD as a major incident in mestizo women from 20 to 30 years, which the complete hydatidiform mole predominated over the other diseases that form the GTD. Besides, there were some related factors of risk as the obstetric history and some levels of the human chorionic gonadotropin hormone.

To conclude, it could be determined that the Gestational Trophoblastic Disease, even if it is not usual on its kind, in our country can be presented with a high frequency if we make the comparison with more developed regions, making it so much important to make the correct diagnosis.

KEY WORDS: Gestational Trophoblastic Disease, Hydatidiform Mole, Molar Pregnancy

INTRODUCCIÓN

La enfermedad trofoblástica gestacional es un grupo de enfermedades caracterizado por el anormal crecimiento del tejido trofoblástico, este tejido es el encargado de que se desarrolle correctamente la placenta en el útero durante el transcurso del embarazo y pueden llegar a ser benignos como pueden tornarse a ser malignos. (1) (2)

En primer lugar, tenemos a la Mola hidatiforme, esta patología se puede clasificar en dos grupos, en Mola completa y Mola parcial. Cuando existe una proliferación anormal del tejido trofoblástico y a la vez ausencia de tejido fetal nos estamos refiriendo a una Mola completa. En cambio, sí existe un desarrollo anómalo de la placenta y tejido fetal nos podemos referir a una Mola parcial. Otra enfermedad de este grupo es la Mola invasiva, que se caracteriza por invadir las paredes del útero, también tenemos al coriocarcinoma que puede llegar a ser maligno y se puede desarrollar de una mola hidatiforme ya desarrollada como también de tejido trofoblástico normal, es un tipo de neoplasia que es de rápida propagación. En cuanto al tumor del sitio placentario es una neoplasia trofoblástica que suele tener aparición después de un embarazo normal o una mola, y se propaga con mayor lentitud. (3) (4) (5)

Actualmente la enfermedad trofoblástica gestacional se presenta con mayor frecuencia en regiones de Asia, en contraste con Europa y Norteamérica donde las cifras llegan a ser menor a uno por cada mil embarazos y en América Latina la incidencia de casos se presenta en cuatro por cada 1000 embarazos. Generalmente esta patología se encuentra presente en mujeres jóvenes menores a 21 años o en mujeres que sobrepasan los 35 años, por lo tanto, la edad es un factor de riesgo importante a tener presente para el estudio de prevalencia de esta patología en Ecuador. (6)(7) (8) (9)

Lo antes mencionado, nos ha impulsado a realizar el presente estudio para caracterizar la prevalencia de la enfermedad trofoblástica gestacional en mujeres de 15 a 45 años, el cual se realizó en el Hospital General Monte Sinaí (HGMS) entre el mes de enero del año 2020 hasta el mes de mayo del año 2024.

CAPITULO I.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG), es una patología poco frecuente, proveniente de un grupo trastornos raros derivados de células trofoblásticas que se encuentran en la placenta, los cuales representa un conjunto de enfermedades que abarca desde formas premalignas como la mola hidatiforme, hasta neoplasias trofoblásticas. (10) Actualmente, en Ecuador, como en muchos otros países en vía de desarrollo, existe una falta de conocimiento acerca de la prevalencia, factores que imponen diversos riesgos y complicaciones de dicha patología.

De este modo, es necesario la realización de la presente investigación que permita determinar la prevalencia de la Enfermedad trofoblástica gestacional en mujeres de 15 a 45 años de edad que fueron atendidas en el HGMS entre el periodo del mes de enero del 2020 hasta el mes de mayo del 2024 en Ecuador, así como los grupos de edad que más predisponen a dicha patología, para así poder identificar precozmente factores de riesgo, signos y síntomas que ayuden a mejorar la detección temprana y desarrollar estrategias para un manejo oportuno de la misma.

1.2 JUSTIFICACIÓN

La enfermedad trofoblástica gestacional es una patología muy poco frecuente, pero que puede llegar a ser potencialmente grave, teniendo un impacto significativo en la salud de las mujeres, ya que se encuentra presente en mujeres jóvenes menores a 20 años o mujeres que sobrepasan los 35 años de edad, sin embargo, al conocer su prevalencia nos permite entender el alcance del problema en un contexto local y así poder desarrollar estrategias que permitan un diagnóstico precoz y un correcto manejo, que permita preservar la salud de mujeres diagnosticadas con esta patología.

Es bien conocido que, en países desarrollados, gracias los avances tanto en el diagnóstico, así como en el tratamiento de la ETG, han disminuido

significativamente la mortalidad de mujeres que presentan esta patología, sin embargo, en Ecuador aún se presentan desafíos en la obtención de un diagnóstico oportuno y manejo efectivo de esta enfermedad.

Existen diversos factores que predisponen al desarrollo de esta enfermedad, principalmente se debe a la dificultad de acceso a servicios de especialización, deficiencia de la educación en el país y la limitada capacidad de los centros de atención primaria, especialmente en zonas rurales y localidades de difícil acceso, para identificar apropiadamente los signos y síntomas de la enfermedad.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo General:

Analizar la prevalencia de la enfermedad trofoblástica gestacional en mujeres de 15 a 45 años que fueron atendidas en el Hospital General Monte Sinaí entre el periodo del mes de enero del 2020 hasta el mes de mayo del 2024.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Determinar los grupos de edades y etnias en las pacientes que desarrollaron enfermedad trofoblástica gestacional.
2. Distribuir a las pacientes según sus antecedentes obstétricos que presenten.
3. Determinar el tipo de ETG con mayor frecuencia en las pacientes estudiadas.
4. Correlacionar los niveles hormonales (como hCG) y el tipo de enfermedad trofoblástica que presenten las pacientes.

1.4 HIPOTESIS

La prevalencia de ETG en pacientes con edades que comprenden entre los 15 a 29 años en el Hospital General Monte Sinaí es mayor en contraste con la prevalencia de mujeres de 30 a 45 años durante el periodo de tiempo de enero del año 2020 hasta el mes de mayo del año 2024.

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 FORMACIÓN DE LA PLACENTA

La placenta representa un órgano temporal que tiene su desarrollo en el útero en el transcurso del embarazo, este proceso de formación de la placenta comienza desde la fecundación.

Al quinto día de la gestación, a medida que se produce la polarización de las células y se acumula líquido, la mórula llega a convertirse en blastocito. Este blastocito se conforma de una capa externa de células llamadas trofoblasto, la cual es la encargada de formar la placenta, y también tiene una masa interna celular en un polo que ayudara a la formación del embrión al igual que una cavidad llena de líquido. Estas masas celulares externas e internas se comienzan a multiplicar como consecuencia ocurre la expansión de la cavidad de líquido ocasionando que el blastocisto expandido salga de la zona. (11)

En el sexto día dentro de las 24 horas siguientes a la eclosión, el blastocito llega a implantarse en la decidua, esto genera acceso a los sustratos que son células estromales repletas de glucógeno lo que será necesario para el continuo crecimiento, posteriormente se produce la implantación, eso quiere decir que el blastocito se mueve a una óptima ubicación, en caso normal se llega a colocar en la pared superior anterior o pared media o posterior del útero, produciendo la adhesión e invasión. La célula madre de la placenta es la progenitora del citotrofoblasto, lo que causa que proliferen durante la gestación y forman el citotrofoblasto vellosos (la capa interna celular) y se llega a transformar finalmente en sincitiotrofoblasto (capa externa celular) o también conocido como citotrofoblasto extraveloso (EVT). (11)

El sincitiotrofoblasto es un epitelio especializado que desempeña varias funciones, incluyendo el transporte de gases, nutrientes y desechos, además de producir hormonas peptídicas y esteroides que regulan los sistemas placentario, fetal y materno. A la cuarta o quinta semana de gestación la EVT se forma en

columnas compuestas por trofoblasto proliferativo en la base y trofoblasto invasivo en la sección distal de la columna. La EVT que invade la decidua se llama EVT intersticial, mientras que la que penetra y remodela las arterias espirales se llama EVT endovascular. La invasión endovascular transforma las arterias espirales estrechas en arterias uteroplacentarias. (11)

2.2 ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

La enfermedad trofoblástica gestacional se desarrolla a partir de una hiperproliferación de las células trofoblásticas que conforman a la placenta; este proceso está conformado por procesos benignos y malignos. Esta patología es el resultado de una alteración en la mutación del genoma de la línea paterna, sin embargo, en determinadas ocasiones puede intervenir el genoma materno en esta mutación. En los embarazos molares se segrega niveles elevados de la hormona gonadotropina coriónica humana (hCG) producida por el sincitiotrofoblasto, siendo así, importante cuantificar dicha hormona para realizar un diagnóstico adecuado y el seguimiento para determinar si existe un progreso de esta patología. (1)(12)

2.3 PATOGÉNESIS

En la placenta se encuentran diversos tipos de trofoblastos, los cuales se dividen en trofoblasto vellosos, refiriéndose al que crece en las vellosidades coriónicas, y el trofoblasto extravellosos, el cual infiltra vasos sanguíneos de la placenta y el miometrio. (12)

Estos a su vez, se subclasifican de acuerdo con sus características histológicas y microscópicas, describiéndose así 3 tipos: sincitiotrofoblasto, citotrofoblasto y trofoblasto intermedio. Las células que se encuentran en el sincitiotrofoblasto son las encargadas, en su mayoría, de la producción de hormonas placentarias; mientras que las células del citotrofoblasto se encargan de la proliferación. (12)

Las enfermedades trofoblásticas gestacionales, al ser todas provenientes de la placenta, van a ser ocasionadas por los diversos tipos de trofoblastos antes mencionados. A partir del trofoblasto veloso se producen los embarazos molares y la coriocarcinoma, mientras que el tumor trofoblástico epitelioide y el tumor de sitio placentario se derivan del trofoblasto extraveloso. (12)

2.4 CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

MOLA HIDATIFORME:

La mola hidatiforme es una anomalía que se presenta en el embarazo, es caracterizada por el desarrollo anómalo de la placenta, esta patología se produce después de una fertilización anormal, esto quiere decir que no se produce después de un embarazo no molar como, por ejemplo: aborto ya sea espontáneo o inducido, parto prematuro o término, embarazos ectópicos. Los embarazos molares se originan en el trofoblasto veloso y se caracterizan por vellosidades coriónicas anormales con hiperplasia del trofoblasto debido a la sobreexpresión de genes heredados del padre. (13)

SUBCLASIFICACIÓN

La mola hidatiforme se la considera como una enfermedad premaligna. Esta puede clasificarse como mola completa o mola parcial. Las molas completas son diploides, estas se presentan cuando un óvulo enucleado es fertilizado por dos espermatozoides o por un espermatozoide haploide que posteriormente se duplica, lo que lleva a la expresión únicamente del ADN paterno, (14) mientras que las molas parciales son triploides normalmente ocurren tras la fertilización de un óvulo que parece normal por dos espermatozoides, o en ocasiones, por un espermatozoide diploide. La mola parcial se asocia a la presencia de un feto, por lo cual se puede llegar a detectar la actividad cardíaca fetal, aunque debido a la triploidía se produce la muerte intrauterina, por lo que en la mayoría de los casos lo mal diagnostican como un aborto incompleto o diferido. (13)

Las molas completas suelen producir niveles más elevados de gonadotropina coriónica humana (hCG) y tiene mayor riesgo de malignidad ya que son más propensas a convertirse en neoplasia trofoblástica gestacional (NTG) que la mola parcial, esta generalmente, se desarrolla en el 15 al 20 por ciento de los pacientes con mola completa, que en pacientes con mola parcial la cual se desarrolla en un 1 al 5 por ciento. (13)

NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

Las Neoplasias trofoblásticas gestacionales (NTG) o también conocidas como la forma maligna de la enfermedad trofoblástica gestacional, son un conjunto de proliferaciones celulares anormales, dentro de la cual incluyen a la mola invasora, el tumor trofoblástico de sitio placentario y el coriocarcinoma. Este tipo de neoplasias presentan una alta capacidad de realizar metástasis, además de una gran morbilidad y mortalidad. (15)

SUBCLASIFICACIÓN

MOLA INVASIVA: La mola invasiva es una neoplasia ginecológica caracterizada por presentar vellosidades coriónicas que se encuentran edematizadas, con una proliferación de trofoblastos que alcanzan el miometrio y que se desarrolla en aproximadamente en 20 por ciento de pacientes que presentaron una mola hidatiforme completa, sin embargo, puede incrementar la frecuencia si presenta características de alto riesgo como un parto por cesárea previo, niveles de hCG que superen los >100.000 miliunidades internacionales/ml y agrandamiento de ovario bilateral; y en menor frecuencia se desarrolla a partir de una mola parcial. La metástasis de esta neoplasia se propaga principalmente por vía hematógena, siendo el lugar anatómico más común los pulmones y la vagina. (16)

CORIOCARCINOMA: El coriocarcinoma está conformado por sincitiotrofoblasto y citotrofoblasto, lo cual componen un tejido trofoblástico de carácter invasivo. Esta forma de ETG se caracteriza por causar metástasis generalizadas y una invasión de la vasculatura precoz, motivo por el cual la metástasis se da en mayor

frecuencia por vía hematológica, causando sangrados en zonas donde se produjo la invasión. (16)

TUMOR TROFOBLÁSTICO DE SITIO PLACENTARIO: Estos tumores se derivan de trofoblastos intermedios extravelllosos, son malignos, y por lo general suelen ser diploides. Especialmente, se caracterizan por provocar una multiplicación excesiva de células mononucleares del trofoblasto intermedio, siendo más frecuente que se presente posterior a un embarazo no molar o de un aborto, y a su vez, secreta leves niveles de hCG. Esta forma de neoplasia, en contraste con las anteriormente mencionadas, tiende a limitarse y a estar localizada en el útero durante largos lapsos de tiempo antes de lograr hacer metástasis. (16)

2.5 CLÍNICA

La clínica de las distintas patologías que abarca la enfermedad trofoblástica gestacional se puede presentar de diversas maneras, sin embargo, la más frecuente es el sangrado vaginal, el cual puede ser variado, desde pequeñas cantidades hasta llegar a ser abundantes. (17) Este signo es más frecuente en la mola completa en un 84%, mientras que en la mola parcial se presenta dichas manifestaciones al final del primer trimestre. En la mola invasiva y el coriocarcinoma, se presenta comúnmente sangrado transvaginal, siendo en el tumor trofoblástico gestacional más abundante. (18)

El dolor abdominal también se presenta con gran frecuencia, donde pacientes refieren sentir presión en la región pélvica, esto siendo sugestivo al aumento del tamaño del útero de manera acelerada y superando el tamaño adecuado para la edad gestacional que presentan. (18)

Otro signo frecuente es la hiperémesis, en donde la paciente va a presentar náuseas y vómitos de carácter intenso, independientemente del horario. Esta manifestación clínica va a estar presente sobre todo en los tipos de molas descritos anteriormente. (17)

2.6 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de esta enfermedad se basa en primera instancia, en detallar una apropiada historia clínica y poder reconocer factores de riesgo que estén relacionados en la misma, además de reconocer las manifestaciones clínicas que pueda presentar la paciente.

En esta patología al estar afectado los trofoblastos que conforman la placenta, que a su vez gran parte de ellos están encargados de producir la hCG, va a provocar una hiperproducción de esta hormona, la cual se puede detectar tanto en orina como en suero sanguíneo. Por lo tanto, la hCG, es el marcador específico para la ETG, pudiendo ser sugestivo de esta patología si es superior a las 100.000 U/L, especialmente en la mola hidatiforme completa. (19)

Otra forma de diagnóstico es a través de una ecografía transvaginal, donde se puede observar diversas características ecográficas, como aumento del tamaño uterino no correspondiente a la edad gestacional que presenta, trofoblastos de características quísticas, ausentismo de estructuras fetales, y además en ciertos casos, se puede encontrar una característica ecográfica conocida como "signo de tormenta de nieve" la cual se evidencia a partir del edema presente en las vellosidades coriónicas. (19)

Ante la presencia de niveles muy elevados de la hormona hCG, es indispensable la evacuación del producto para posteriormente realizar un estudio anatomopatológico y determinar el tipo de ETG que pueda presentarse en el paciente. (20)

2.7 TRATAMIENTO

El tratamiento para esta enfermedad consiste en evacuar el producto, realizado bajo una ecografía guiada, en donde se realizará una succión y legrado del mismo, este método es el indicado si aún se desea mantener fértil, y se realiza sin importar el tamaño del útero. (21)

Otra alternativa eficaz es la histerectomía, ya que a su vez va a proporcionar esterilización permanente, y así, disminuir el requerimiento de quimioterapia que podría ser causado por una invasión del miometrio focalizada como causa de la enfermedad persistente. Es importante destacar, que el uso de metotrexato, u otra alternativa como la actinomicina D al momento de la evacuación de la mola, va a disminuir la posibilidad futura de desarrollar algún tipo de neoplasia trofoblástica gestacional posmolar en un 3% al 8%. (21) (22)

CAPITULO III. MARCO METODOLÓGICO

En el presente estudio se revisaron las historias clínicas de pacientes femeninas de 15 a 45 años ingresadas y atendidas en el Hospital General Monte Sinaí, con diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional, con los CIE-10: O010, O011, O019, O020, C58, D392, O438, O439, en el periodo de enero del 2020 a mayo de 2024.

3.1 TIPO DE ESTUDIO:

No experimental.

3.2 DISEÑO DEL ESTUDIO:

Observacional, retrospectivo, de corte transversal y descriptivo.

3.3 LOCALIZACIÓN:

El presente estudio se desarrollará en las zonas de emergencia, consulta externa y hospitalización en el área de ginecología y obstetricia del HGMS.

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA:

La población de este estudio estuvo conformada por 170 pacientes que fueron ingresadas en el HGMS durante el periodo del mes de enero del 2020 al mes de mayo del 2024, que además cumplen con los criterios de inclusión y exclusión. Al presentar una población de estudio disminuida, no fue requerido realizar calculo muestral en el presente estudio.

3.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN:

3.5.1 Criterios de inclusión:

- Pacientes ingresadas y atendidas en el Hospital General Monte Sinaí.
- Pacientes mayores a 15 años y menor a 45 años
- Pacientes con diagnóstico confirmado de algún tipo de enfermedad trofoblástica gestacional, atendidas en el periodo de enero de 2020 hasta mayo de 2024.

3.5.2 Criterios de exclusión:

- Pacientes con historias clínicas incompletas o datos insuficientes.
- Pacientes en los cuales no se han determinado un diagnóstico confirmado.
- Pacientes que presentaron un diagnóstico de ETG fuera del tiempo de la investigación.

3.6 VARIABLES

A continuación, se exponen las variables utilizadas para el desarrollo de la presente investigación:

Nombre Variables	Definición De La Variable	Tipo	Resultado
EDAD	Edad de paciente según lo reportado en sus historias clínicas	Cuantitativa Discreta	15-19 años 20-30 años 30-45 años
ETNIA	Etnia de la paciente según lo reportado en sus historias clínicas	Cualitativa Nominal Politómica.	BLANCA MESTIZA NEGRA
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS			
PARIDAD OBSTÉTRICA	Paridad de pacientes según lo reportado en sus historias clínicas.	Cualitativa Nominal Politómica	NULÍPARA PRIMÍPARA MULTÍPARA
ANTECEDENTES DE ABORTOS	Número de abortos previos según lo reportado en la historia clínica de la paciente.	Cualitativa Nominal Dicotómica	Sí No
TIPO DE ENFERMEDAD TROFOBLASTICA GESTACIONAL	Son un grupo patologías que afectan el tejido trofoblástico, el cual forma parte de la placenta durante el embarazo. (10)	Cualitativa Nominal Politómica	Mola Hidatiforme Completa Mola Hidatiforme Parcial Mola Invasiva Coriocarcinoma
NIVELES DE HCG	Examen de laboratorio que muestre la medida exacta de los niveles de la hormona gonadotropina coriónica humana.	Cuantitativa Continua	hCG > 100.000 UI hCG < 100.000 UI

3.7 RECOLECCIÓN DE DATOS Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN:

Se realizó a través de la verificación de la historia clínica almacenada en la base de datos del Hospital General Monte Sinaí, historiales y procedimientos de laboratorio, y otras pruebas complementarias, al igual que en el archivo informático se obtuvieron los datos para el análisis de las variables utilizadas en este estudio. Los datos obtenidos fueron tabulados en hojas de cálculo del programa Microsoft Excel, para luego ser exportadas a la aplicación IBM SPSS, y así llevar a cabo el análisis estadístico de la información recolectada.

3.8 ANÁLISIS:

Se analizaron todas las historias clínicas con sus respectivas pruebas complementarias de los pacientes quienes recibieron el diagnóstico de Enfermedad Trofoblástica Gestacional la cual asistieron por consulta externa, emergencia y hospitalización en el área de ginecología y obstetricia del el Hospital General Monte Sinaí. Con ayuda del utilitario de hojas de cálculo del programa Microsoft Excel para Windows o para Mac y hojas de cálculo de Google. Para el análisis estadístico se utilizó el programa IBM SPSS, en la cual se analizó los datos recolectados del estudio. En el caso de variables de tipo cualitativas, fue requerido realizar un análisis de frecuencia, donde, en el caso de la determinación de asociación de variables, se utilizó el Test de prueba exacta de Fisher. Además, los resultados que se obtuvieron en el estudio son mostrado en tablas y gráficos.

3.9 ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN:

En el presente estudio, se mantuvo en todo momento el anonimato de los participantes al excluir cualquier registro que incluya el nombre o datos que los identifique en este estudio, por lo que no fue necesario la realización de consentimiento informado de cada paciente. Además, se realizó de acuerdo con las normativas de Ecuador que priorizan la protección en cuanto a la privacidad dentro del ámbito sanitario. Este acto refleja el compromiso con la realización de

una investigación integra de carácter responsable, ético y de gran calidad. Autorizamos la reproducción o uso de este estudio en otros medios, siempre y cuando, se respeten los datos y nombres de los autores, al igual que el contenido original no sea modificado por ninguna circunstancia.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

4.1 RESULTADOS:

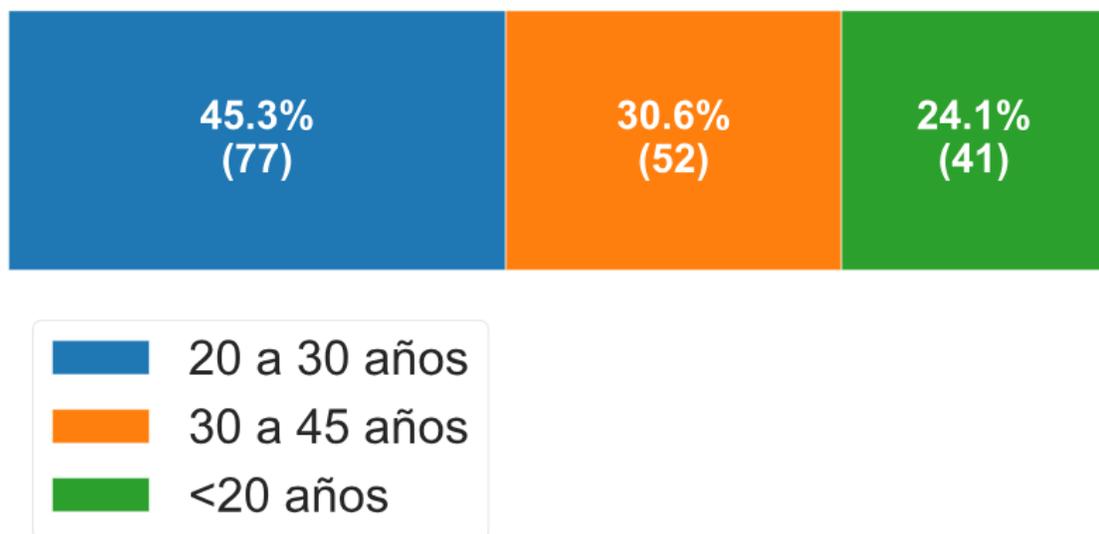
En el presente estudio se realiza un análisis estadístico realizado donde se buscó determinar la prevalencia de la enfermedad trofoblástica gestacional en mujeres de 15 a 45 años atendidas en el Hospital General Monte Sinaí entre enero de 2020 y mayo de 2024.

Tabla 1. Distribución por grupos de edades de las pacientes diagnosticadas con enfermedad trofoblástica.

EDAD	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
20 a 30 años	77	45.30%
30 a 45 años	52	30.60%
<20 años	41	24.10%
TOTAL	170	100%

Fuente: Base de datos HGMS. Sánchez-Correa. 2025

Gráfico 1. Distribución por grupos de edades de las pacientes diagnosticadas con enfermedad trofoblástica.



Fuente: Base de datos HGMS. Sánchez-Correa. 2025

De manera específica, en la tabla y gráfico número 1 se muestran los grupos de edades más frecuentes en las gestantes que desarrollaron esta enfermedad. Para ello, es requerido llevar a cabo un análisis de frecuencias absolutas y relativas, donde se clasifican a las pacientes en tres rangos de edad: menores de 20 años, entre 20 y 30 años, y entre 30 y 45 años.

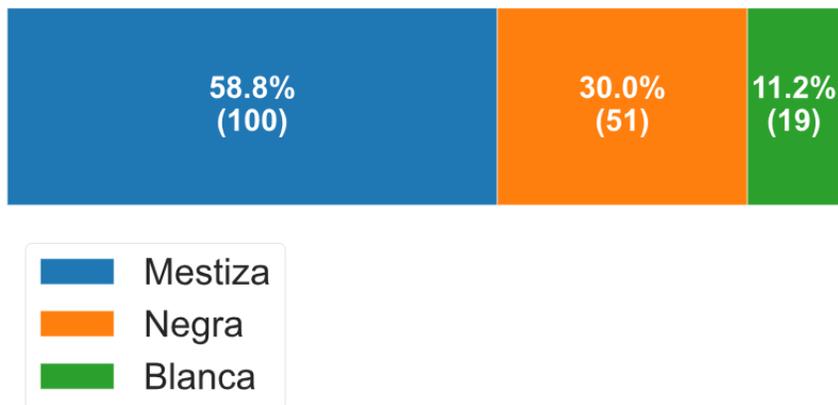
Los resultados indican que el grupo de edad con mayor frecuencia es el de mujeres entre 20 y 30 años, con un total de 77 casos, lo que representa el 45.3% del total de pacientes. En segundo lugar, se encuentra el grupo de mujeres entre 30 y 45 años, con 52 casos, correspondientes al 30.6%. Por último, el grupo de menores de 20 años presenta 41 casos, equivalentes al 24.1% del total.

Tabla 2. Pacientes con ETG según la etnia.

ETNIA	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
Mestiza	100	58.80%
Negra	51	30.00%
Blanca	19	11.20%
TOTAL	170	100%

Fuente: Base de datos HGMS. Sánchez-Correa. 2025

Gráfico 2. Pacientes con ETG según la etnia.



Fuente: Base de datos HGMS. Sánchez-Correa. 2025

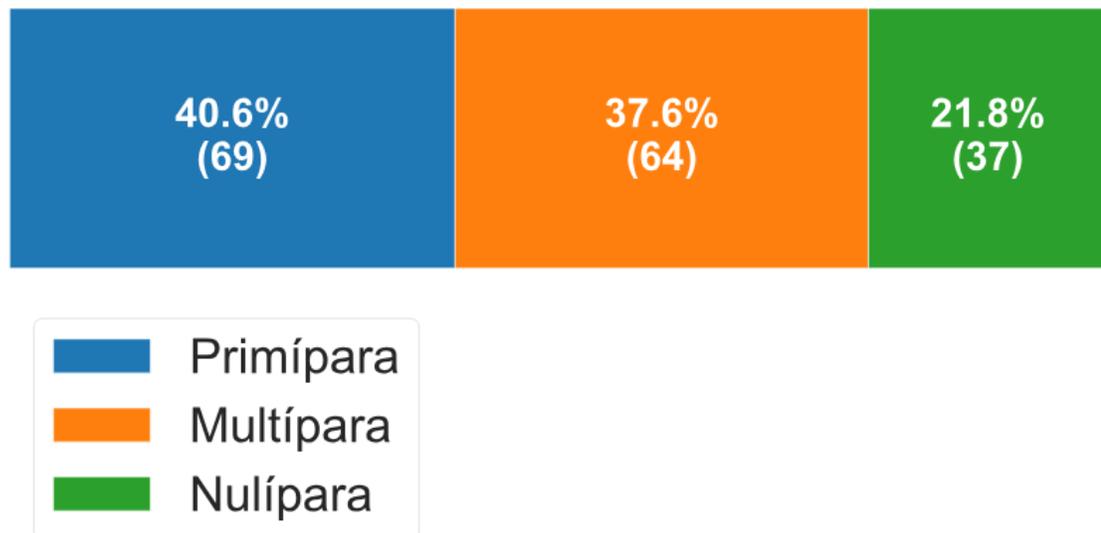
Los resultados muestran en la tabla y gráfico 2, que el grupo con mayor frecuencia es el de mujeres mestizas, con un total de 100 casos, lo que representa el 58.8% del total de las pacientes estudiadas, también se encuentran las mujeres negras, con 51 casos, equivalentes al 30.0%. Por último, el grupo de mujeres blancas que cuenta con 19 casos representa el 11.2% del total.

Tabla 3. Antecedentes obstétricos en pacientes con ETG.

ANTECEDENTES OBSTETRICOS	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
No. GESTAS		
Nulípara	37	21.80%
Primípara	69	40.60%
Multípara	64	37.60%
Total	170	100%
ABORTOS		
Si	114	67.10%
No	56	32.90%
Total	170	100%

Fuente: Base de datos HGMS. Sánchez-Correa .2025

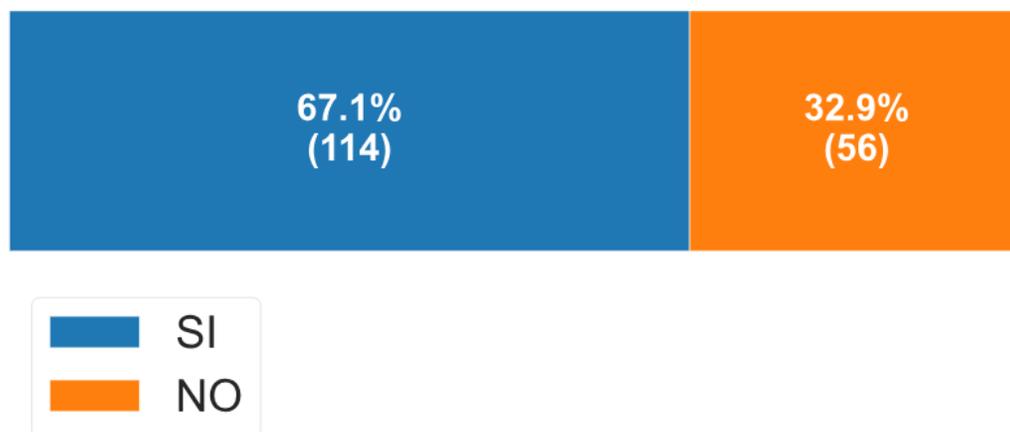
Gráfico 3. Antecedentes obstétricos en pacientes con ETG.



Fuente: Base de datos HGMS. Sánchez-Correa. 2025

En la tabla y gráfico 3 se puede observar que el grupo con mayor frecuencia es el de mujeres primíparas, con un total de 69 casos, lo que representa el 40.6% del total de las pacientes estudiadas. Por consiguiente, se encuentran las mujeres multíparas, con 64 casos, equivalentes al 37.6%. Mientras que, el grupo de mujeres nulíparas muestran 37 casos, que representa el 21.8% del total, como se puede observar en la tabla y gráfico número 3.

Gráfico 4. Antecedentes obstétricos de aborto en pacientes con ETG.



Fuente: Base de datos HGMS. Sánchez-Correa. 2025

Los resultados muestran en la tabla 3 y gráfico 4, que el 67.1% de las pacientes (114 casos) reportan antecedentes de abortos, mientras que el 32.9% (56 casos) no presentan dichos antecedentes. El método estadístico empleado consiste en el cálculo de frecuencias absolutas y relativas. La frecuencia relativa se calcula dividiendo la frecuencia absoluta de cada categoría entre el total de casos analizados (170) y multiplicando el resultado por 100. Este procedimiento nos permite determinar la proporción de pacientes con y sin antecedentes de abortos dentro del estudio.

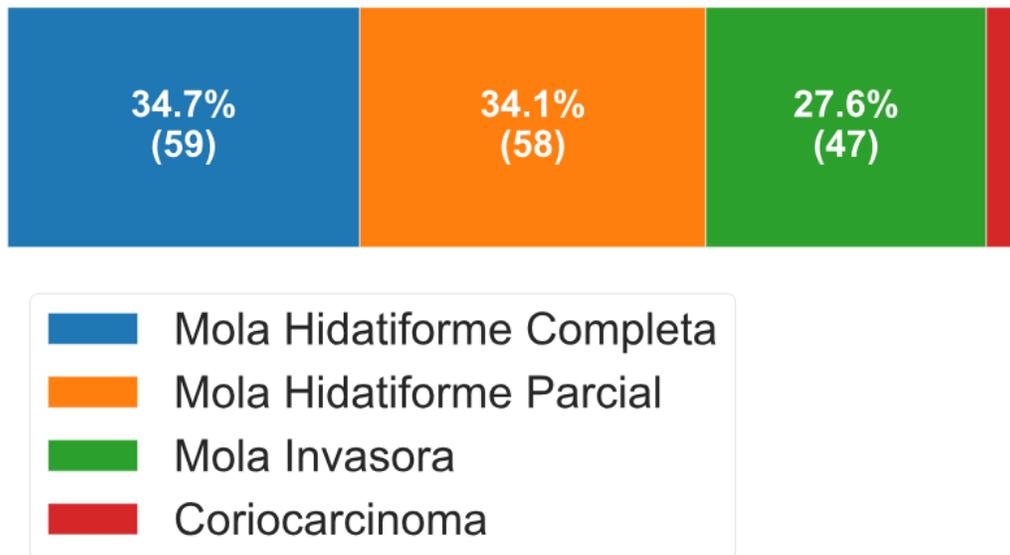
Tabla 4. Distribución de pacientes según el tipo de enfermedad trofoblástica gestacional.

ENFERMEDAD TROFOBLASTICA	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)

Mola Hidatiforme Completa	59	34.70%
Mola Hidatiforme Parcial	58	34.10%
Mola Invasora	47	27.60%
Coriocarcinoma	6	3.50%
Total	170	100%

Fuente: Base de datos HGMS. Sánchez-Correa. 2025

Gráfico 5. Distribución de pacientes según el tipo de enfermedad trofoblástica gestacional.



Fuente: Base de datos HGMS. Sánchez-Correa. 2025

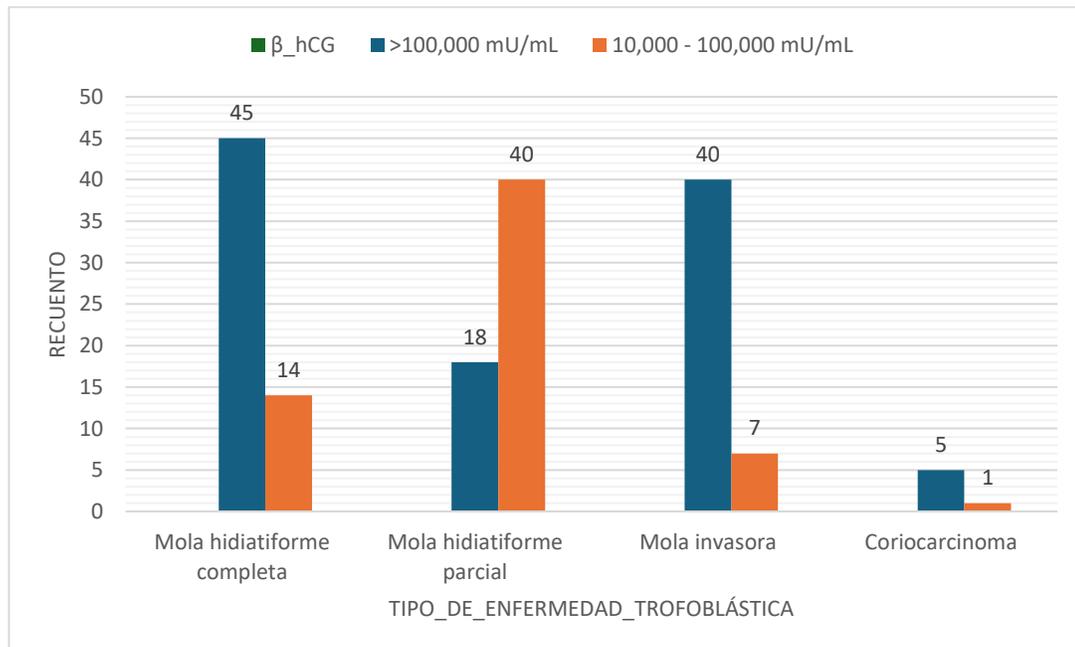
Los resultados muestran en la tabla número 4 y el gráfico 5 que el tipo más frecuente es la mola hidatiforme completa, con 59 casos, lo que representa el 34.7% del total. Le sigue la mola hidatiforme parcial, con 58 casos, equivalente al 34.1%. Por otro lado, se encuentra la mola invasora, con 47 casos, correspondientes al 27.6%, y el coriocarcinoma, con 6 casos, que representa el 3.5%.

Tabla 5. Correlación de las pacientes según el porcentaje de Beta hCG y el tipo de enfermedad trofoblástica gestacional.

TIPO DE ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA	β hCG		Total
	>100,000 mU/mL	10,000 - 100,000 mU/mL	
Mola hidatiforme completa	45 76.30%	14 23.70%	59 100.00%
Mola hidatiforme parcial	18 31.00%	40 69.00%	58 100.00%
Mola invasora	40 85.10%	7 14.90%	47 100.00%
Coriocarcinoma	5 83.30%	1 16.70%	6 100.00%
Total	108 63.50%	62 36.50%	170 100.00%
Prueba exacta de Fisher	P valor	V de Cramer	P valor
	40.366	0.0000	0.491

Fuente: Base de datos HGMS. Sánchez-Correa. 2025

Gráfico 6. Correlación de las pacientes según el porcentaje de Beta hCG y el tipo de enfermedad trofoblástica gestacional



Fuente: Base de datos HGMS. Sánchez-Correa. 2025

Los resultados muestran en la tabla número 5 y el gráfico 6, que, en el caso de la mola hidatiforme completa de un total de 59 pacientes con dicha patología, el 76.3% de las pacientes presentan niveles de β -hCG superiores a 100,000 mU/mL, mientras que el 23.7% tienen niveles entre 10,000 y 100,000 mU/mL. Respecto a la siguiente patología, la mola invasora, con un total de 47 pacientes con esta enfermedad, el 85.1% de las pacientes presentan niveles que superaron los 100,000 mU/mL, mientras que, por otro lado, el 14.9% obtienen niveles de HCG entre 10,000 y 100,000 mU/mL. En lo que respecta con la mola hidatiforme parcial, con un total de 58 casos, el 69.0% de las pacientes de este estudio mantuvieron niveles de β -hCG entre 10,000 y 100,000 mU/mL y el 31.0% mostraron niveles superiores a 100,000 mU/mL. Los casos de coriocarcinoma, con un total de 6 pacientes con mencionada patología, el 83.3% de las pacientes estudiadas tienen niveles que sobrepasaron los 100,000 mU/mL, mientras que el 16.7% mantuvieron niveles entre 10,000 y 100,000 mU/mL.

Dentro del análisis estadístico se realiza la prueba exacta de Fisher para determinar la significancia estadística de la relación que existe entre los niveles de β -hCG y el tipo de ETG. El valor resultante obtenido muestra un resultado de 40.366 con un 'p' valor de 0.0000, indicando una relación estadísticamente significativa. Así mismo, se calcula el coeficiente V de Cramer, en el cual se obtiene un valor de 0.491, lo que nos sugiere una relación moderada entre las variables previamente analizadas.

4.2 DISCUSIÓN:

A nivel mundial se ha notado una incidencia variable sobre la Enfermedad Trofoblástica gestacional (ETG), por lo cual, en el contemporáneo estudio se analizó la prevalencia de la ETG en mujeres de 15 a 45 años atendidas en el Hospital Monte Sinaí entre enero de 2020 y mayo de 2024, donde se realizó un contraste entre los resultados obtenidos, con información analizada de diferentes y recientes estudios, los cuales están anexados y presentes en la bibliografía.

En nuestro estudio se evidencia que la mayor cantidad de pacientes con ETG se encuentran en un rango de edad entre los 20 a 30 años, que abarca con un total de 77 casos del rango mencionado, representando el 45.3 por ciento, seguido del rango de edad entre los 35 a 45 años que equivalen al 30.6 por ciento con 52 casos registrados. Arias y Martínez (2019), en su estudio realizado en Barquisimeto, Venezuela determinan que, de un total de 55 historias clínicas, en cuanto a la edad de las pacientes que presentan enfermedad trofoblástica gestacional, la gran mayoría eran menores de 28 años, predominando el rango de edad entre los 19 a 23 años, siendo del 29,09 por ciento, seguido del rango entre los 14 a los 18 años equivalente al 27,27 por ciento, lo cual demuestra similitud con nuestro estudio al presentar en su mayoría a pacientes menores a 30 años. (23).

Al hablar sobre las etnias estudiadas, se logró evidenciar en este estudio que el grupo más vulnerable fue el de las mujeres mestizas con un total de 100 casos lo que equivale al 58.8%, sin embargo, el grupo más vulnerable que le sigue es el de las mujeres negras, con 30.0% con un total de 51 casos, tomando como resultado el segundo lugar, y, por último, como tercer lugar tenemos al grupo de las mujeres blancas que representa el 11.2% con 19 casos en total. Según Diver E., Richardson M. (2021), en su estudio realizado en Estados Unidos, se demuestra que el grupo más vulnerable lo ocupa las mujeres blancas con un total de 645 casos lo que equivale a 64%, y le sigue como segundo grupo más vulnerable las mujeres negras con un 233 de casos en total, lo que equivale el 23% (24), por lo cual se puede notar una considerable diferencia en comparación a nuestro estudio, y a su vez se ha demostrado que la raza o etnia también tienen mucha influencia en cuanto a esta patología por ende se debe de considerar este aspecto importante.

Además, en el presente estudio se obtuvo como resultado que el grupo con mayor frecuencia de ETG fue el de mujeres primíparas, con un total de 69 casos, lo que representa el 40.6% del total de pacientes estudiadas que tiene similitud con el estudio realizado por Huanca J., Aranzabal G., Chanduvil W. (2020), en

Perú, que demuestra en cuanto a la paridad, que las primíparas ocupan el primer lugar con un total de 70 casos, lo que representa el 38,9% (8), por lo que, se podría constatar que el grupo más afectado sería el de las mujeres primíparas, al igual que el grupo que le sigue y que toma el segundo lugar en nuestro estudio, son las mujeres multíparas con 64 casos, equivalentes al 37.6%. En el estudio de Huanca J., Aranzabal G., Chanduvil W. con un total de 58 de casos lo que representa al 32,2%, son el grupo de mujeres multíparas se da a conocer que también es el segundo grupo más afectado, por lo cual teniendo en cuenta esos resultados se puede decir que, en efecto, el segundo grupo más afectado será el de las mujeres multíparas. Por último, se obtiene que el grupo de mujeres nulíparas presentó 37 casos, que representa el 21.8% del total que, comparado con el estudio de Huanca J., Aranzabal G., Chanduvil W. se puede decir que presentan similitud, ya que las mujeres nulíparas tienen un total de 46 casos lo que representa el 25,6% dejando a este grupo como tercer lugar en frecuencia lo que concuerda con el presente estudio (8).

En nuestra investigación el 67.1% de las pacientes (114 casos) reportaron antecedentes de abortos, mientras que el 32.9% (56 casos) no presentaron dichos antecedentes. En el estudio de (Carpio A., Rojas G. 2021) realizado en el Hospital Vicente Corral Moscoso, en Cuenca, Ecuador, se demuestra que el 20,6% con un total de 7 casos, si tuvieron como antecedentes abortos, mientras que el 79.4% con un total de 27 casos no tuvo como antecedentes abortos (25). Por lo que demuestra discrepancia con el estudio presente.

A su vez, en el estudio realizado por Huanca, Aranzabal y Chanduvil (2020), se determinó que el tipo de enfermedad trofoblástica más frecuente fue la mola hidatiforme completa con un 66,6% con 40 casos, de un total de 60 pacientes (8), lo cual demuestra semejanza con nuestra investigación, donde los resultados encontrados, de igual forma, el tipo más frecuente de ETG fue la mola hidatiforme completa, con 59 casos, lo que representa el 34.7% del total de pacientes.

Con respecto a la cuantificación sérica de la hormona β -hCG, el estudio realizado por Guevara, C (2018), en El Salvador, el 30 % de las pacientes con mola

hidatiforme completa presentan un valor sérico de β -hCG en entre 10,000 a 100,000 Mu/ml, y el 27% del total de casos tuvo valores por encima de 100,000 Mu/ml (26), mientras que en nuestro estudio, en el caso de la mola hidatiforme completa, que se posiciona como el tipo más frecuente de ETG, el 76.3% de las pacientes presentan niveles de β -hCG superiores a 100,000 mU/mL, mientras que el 23.7% presentan niveles entre 10,000 y 100,000 mU/mL.

FORTALEZAS Y FALENCIAS:

Fortalezas:

Una de las principales fortalezas es que al ser un tema con escasa información y poco estudiado, aporta gran valor en la comunidad sanitaria y contribuye a entender su impacto social. Asimismo, otra fortaleza es el apoyo de la institución donde se realizó la investigación brindando los datos estadísticos para el estudio utilizando historias clínicas como fuente principal de datos y a su vez, la presente investigación proporciona gran aporte epidemiológico para realizar estrategias de prevención, diagnóstico oportuno y seguimiento.

Falencias:

En cuanto a las principales falencias del estudio, destaca que fue realizado en una sola institución hospitalaria, lo que limita generalizar los resultados en otras regiones del país o instituciones. Además, que al utilizar historias clínicas puede implicar que existan registros incompletos o con errores, lo cual puede limitar la calidad de datos obtenidos.

Asimismo, al ser un estudio realizado en un periodo de tiempo limitado, no se realizó un seguimiento a largo plazo de las pacientes estudiadas con ETG, por lo que no se podría evaluar la evolución clínica de la enfermedad posterior al tiempo de estudio.

CONCLUSIÓN

En síntesis, mediante este estudio, se pudo determinar que la Enfermedad Trofoblástica Gestacional, a pesar de ser una patología poco frecuente, en nuestro medio se puede presentar con mayor recurrencia, en comparación con países mejor desarrollados. La población mayor afectada fueron mujeres de etnia mestiza en un 58.8% en un rango de edad entre los 20 y 30 años en un 45.30% del total de la población estudiada que fueron 170 pacientes con diagnóstico de ETG. En relación con los antecedentes obstétricos, se logró identificar que gran parte de las pacientes estudiadas fueron mujeres primíparas en un 40.6% y que, además, el 67.10%, presentaron abortos previos, lo que sugiere que podría tener relación con mencionada patología.

En cuanto el tipo más frecuente de esta enfermedad se pudo determinar que la mola hidatiforme completa resultó ser la forma más común de presentación de esta patología, representando un 34,7% y la menos común el coriocarcinoma en un 3.5%.

Por último, el nivel hormonal de valores de Beta hCG juega un papel fundamental en este conjunto de patologías, ya que se identificó que el 63.5% del total de pacientes estudiadas presentaron niveles que sobrepasan las 100,000 mU/ml, por lo que es necesario tener en consideración esta variable al momento de estudiar esta patología en los individuos.

RECOMENDACIONES

La ETG al ser una enfermedad poco frecuente, conlleva a que no se pueda realizar un diagnóstico correcto u oportuno, por lo que es necesario capacitar al personal de salud para realizar un mejor abordaje diagnóstico de dicha patología, enfatizando en los posibles factores de riesgo que pueden relacionarse con la misma. Además, se debe destacar la importancia acerca del control prenatal, sobre todo en el primer nivel de atención sanitaria, y así lograr detectar de manera oportuna esta enfermedad y lograr un correcto seguimiento.

REFERENCIAS

1. Flores P. Enfermedad Trofoblástica Gestacional: Reporte de un Caso. 2022 May 22 [cited 2024 Oct 28]; Available from: <https://publicare.lakeditors.com/index.php/journal/article/view/10/13>
2. López B, Maestre R. Enfermedad trofoblástica gestacional. Artículo monográfico. [Internet]. 2021 [cited 2024 Oct 28]. Available from: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/enfermedad-trofoblastica-gestacional-articulo-monografico/>
3. Sosa A. ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL [Internet]. [MOQUEGUA]: UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI; 2022 [cited 2024 Oct 28]. Available from: https://repositorio.ujcm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12819/1395/Angelica_trab-acad_t%c3%adtulo_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y
4. Coronado PJ, Marquina G, Diestro M, Alonso S, Sánchez del Río A, Hardisson D, et al. Enfermedad trofoblástica gestacional. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia [Internet]. 2020 [cited 2024 Oct 28]; Available from: <http://www.gradeworkin->
5. Ferreres S, Serralta L. LA ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA [Internet]. Universidad Europea; 2022 [cited 2024 Oct 28]. Available from: https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/20.500.12880/7621/TFG_Sandra%20Ferreres%20Martinez.pdf?sequence=1&isAllowed=y
6. Correa-Muñoz L, Arias-Senn E, Astroza-Suárez S, Bahamonde-Mella M, Mella-Mansilla T, Millar-Saldaña M, et al. Caracterización de enfermedad trofoblástica gestacional en el Characterization of gestational trophoblastic disease at Hospital de Talca, 2013-2022. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2024 Jul 15 [cited 2024 Oct 28]; Available from: www.rechog.com
7. Espinoza Artavia A, Fernández Vaglio R, Solar del Valle T. Actualización en patología trofoblástica gestacional: mola hidatiforme y neoplasias. Revista

- Medica Sinergia [Internet]. 2019 May 1 [cited 2024 Oct 28];4(5):44–59. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2019/rms195e.pdf>
8. Huanca-Llamo J, Aranzabal-Alegria G, Chanduví W. FACTORES ASOCIADOS A ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA PERUANO ARTÍCULO ORIGINAL. Fac Med Hum Enero [Internet]. 2020 [cited 2024 Oct 28];20(1):64–9. Available from: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH>
 9. Narvaez C, Sánchez A. CARACTERIZACIÓN DE LOS ASPECTOS CLINICOS, MÉTODOS DIAGNÓSTICOS, MANEJO Y EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL EN UNA INSTITUCIÓN DE TERCER NIVEL DE RISARALDA, 2015-2021 [Internet]. Fundación Universitaria del Área Andina; 2022 [cited 2024 Oct 28]. Available from: <https://digitk.areandina.edu.co/server/api/core/bitstreams/1b633471-4ec3-41e1-ab27-1b28fe7cbccd/content>
 10. Ochoa Reinoso RM, Ostaiza Veliz IV, Larrea Acevedo FP. Multiparidad como factor de riesgo para enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Maternidad Matilde Hidalgo de Procel. Análisis de un caso. Anatomía Digital [Internet]. 2020 Aug 7 [cited 2024 Oct 28];3(3):56–70. Available from: <https://cienciadigital.org/revistacienciadigital2/index.php/AnatomiaDigital/article/view/1383/3413>
 11. Roberts V, Myatt L. Placental development and physiology [Internet]. 2023 [cited 2024 Oct 30]. Available from: https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/placental-development-and-physiology?search=que+es+la+placenta&usage_type=default&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&display_rank=1

12. Ojeda A, Gonzales M. Enfermedad trofoblástica gestacional. In: Obstetricia Integral Siglo XXI Segunda edición [Internet]. 2nd ed. 2022 [cited 2024 Oct 30]. Available from: <https://medicina.bogota.unal.edu.co/dependencias/unidades/publicaciones/item/1528-obstetricia-integral-siglo-xxi>
13. Berkowitz R, Elias K, Horowitz N. UpToDate. 2024 [cited 2024 Oct 30]. Hydatidiform mole: Epidemiology, clinical features, and diagnosis. Available from: https://www.uptodate.com/contents/hydatidiform-mole-epidemiology-clinical-features-and-diagnosis?search=mola%20hidatidiforme&source=search_result&selectedTitle=2~44&usage_type=default&display_rank=2
14. Ghassemzadeh S, Farci F, Kang M. Hydatidiform Mole. Journal kedokteran [Internet]. 2023 May 22 [cited 2024 Oct 30];5:75. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459155/>
15. Fontoura G, Dotti S, Citrín E. Neoplasia trofoblástica gestacional: mola invasora. Reporte de un caso clínico. [Internet]. Vol. 60. 2022 [cited 2024 Oct 30]. Available from: <file:///C:/Users/cdavi/Downloads/92-8aolp4-ago60-1-art-6-cierre.pdf>
16. Berkowitz R, Horowitz N. Gestational trophoblastic neoplasia: Epidemiology, clinical features, diagnosis, staging, and risk stratification [Internet]. 2024 [cited 2024 Oct 30]. Available from: https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/gestational-trophoblastic-neoplasia-epidemiology-clinical-features-diagnosis-staging-and-risk-stratification?search=enfermedad+trofobl%C3%A1stica+gestacional&usage_type=default&source=search_result&selectedTitle=1%7E51&display_rank=1
17. Huamán D. CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL EN PACIENTES DEL HOSPITAL EL CARMEN HUANCAYO 2015 - 2018 [Internet]. [Perú]: UNIVERSIDAD

PERUANA LOS ANDES; 2019 [cited 2024 Nov 5]. Available from: <https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/628/HUAMAN%20ROMERO,%20DAYSIMERIAN.pdf?sequence=1>

18. Sánchez A. "CONCORDANCIA EN EL DIAGNOSTICO PREQUIRURGICO Y ANATOMOPATOLOGICO DE ENFERMEDAD TROFOBLASTICA GESTACIONAL" [Internet]. [Puebla]: BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA; 2021 [cited 2024 Nov 5]. Available from: <https://ecosistema.buap.mx/server/api/core/bitstreams/a6d89000-45d8-43b1-bba5-0bc79772255a/content>
19. Lozano-Vidal M, Rodríguez Sánchez-Reyman J, Machuca-Aguado J, Sánchez-Bernal ML, Martínez-Roche MI, Lozano-Vidal M, et al. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de una paciente con una neoplasia trofoblástica gestacional. *Ginecol Obstet Mex* [Internet]. 2023 [cited 2024 Nov 5];91(3):210–7. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412023000300210&lng=es&nrm=iso&tlng=es
20. Pérez López E, Montero Venegas F, Peña Salas M, López González E, Obstetricia Ginecología Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva FEA U, de la Torre Juan Fernández Alba AJ. ENFERMEDAD TROFOBLASTICA GESTACIONAL [Internet]. 2023 [cited 2024 Nov 5]. Available from: <https://sagoandalucia.com/docs/guias/Perinatal/enfermedadTofoblasticaGestacional.pdf>
21. Ngan HYS, Seckl MJ, Berkowitz RS, Xiang Y, Golfier F, Sekharan PK, et al. Diagnosis and management of gestational trophoblastic disease: 2021 update. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* [Internet]. 2021 Oct 1 [cited 2024 Nov 5];155(S1):86–93. Available from: https://www.fasgo.org.ar/images/Diagnostico_y_manejo_de_la_enfermedad_trofoblastica_gestacional.pdf

22. Longina Mir Espinosa Y, Edmundo Rodríguez Reigosa J, Ricardo Martínez Ávila D, Parchment Vitón M, Francisco Mestre Fernández B, De Quesada Amigó M, et al. Caracterización clínica y resultados del tratamiento de pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional maligna [Internet]. cuba; 2021. Available from: <http://orcid.org/0000-0002-9389-9291>
23. Arias J, Martínez Y. FACTORES DE RIESGO DE LA ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL. HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO DR. ANTONIO MARÍA PINEDA. Boletín Médico de Postgrado [Internet]. 2019;35(1). Available from: <http://churrucacogineco.blogspot.com/2009/>
24. Diver E, Richardson M, Liao CI, Mann AK, Darcy KM, Tian C, et al. Age and racial differences in the presentation of gestational trophoblastic neoplasia. International Journal of Gynecological Cancer [Internet]. 2021 Feb 1 [cited 2025 Feb 19];31(2):194–202. Available from: <https://www.international-journal-of-gynecological-cancer.com/action/showPdf?pii=S1048-891X%2824%2902272-2>
25. Carpio A, Rojas G. Características clínicas de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2021. [Internet]. [Cuenca]: Universidad de Cuenca; 2021 [cited 2025 Feb 19]. Available from: <https://rest-dspace.ucuenca.edu.ec/server/api/core/bitstreams/b3f275d5-bb5d-4895-8816-7f015152ee27/content>
26. Guevara C. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD GESTACIONAL DEL TROFOBLASTO EN HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER ENTRE JULIO 2015 A JULIO 2016 [Internet]. Universidad de el Salvador; 2018 [cited 2025 Feb 19]. Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/04/1177876/476-11105786.pdf>



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Correa Mosquera, Ali Martin**, con C.C: # **0705147577** autora del trabajo de titulación: **Prevalencia de la enfermedad trofoblástica gestacional en mujeres de 15 a 45 años, en el Hospital General Monte Sinaí en el periodo de enero del año 2020 hasta mayo del año 2024**, previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 10 de mayo de 2025



Firmado electrónicamente por:
**ALI MARTIN CORREA
MOSQUERA**

f. _____

Nombre: **Correa Mosquera, Ali Martin**
C.C: **0705147577**



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Sánchez Poggi, Andrea Carla**, con C.C: # **0924286164** autora del trabajo de titulación: **Prevalencia de la enfermedad trofoblástica gestacional en mujeres de 15 a 45 años, en el Hospital General Monte Sinaí en el periodo de enero del año 2020 hasta mayo del año 2024**, previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 10 de mayo de 2025



Firmado electrónicamente por:
**ANDREA CARLA
SANCHEZ POGGI**

f. _____
Nombre: **Sánchez Poggi, Andrea Carla**
C.C: **0924286164**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Prevalencia de la enfermedad trofoblástica gestacional en mujeres de 15 a 45 años, en el Hospital General Monte Sinaí en el periodo de enero del año 2020 hasta mayo del año 2024.		
AUTOR(ES)	Correa Mosquera, Ali Martin Sánchez Poggi, Andrea Carla		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dra. Mayo Galbán, Caridad Isabel		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	10 de mayo de 2025	No. DE PÁGINAS:	32
ÁREAS TEMÁTICAS:	Gineco-obstetricia, Neoplasias, Patología		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Enfermedad Trofoblástica Gestacional, Mola Hidatiforme, Embarazo Molar.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras): El aumento anormal del tejido trofoblástico de la placenta durante el embarazo, se lo conoce como Enfermedad Trofoblástica Gestacional (ETG), el cual, es una agrupación de diversas enfermedades que pueden llegar a ser tanto benignas como malignas, con características clínicas relevantes. El presente estudio tuvo como objetivo determinar la prevalencia de la enfermedad trofoblástica gestacional en mujeres de 15 a 45 años atendidas en el Hospital General Monte Sinaí entre enero de 2020 y mayo de 2024. Se desarrollo un estudio observacional, retrospectivo, de corte transversal y descriptivo, examinando historias clínicas de pacientes con dicha patología. Los resultados de este estudio determinaron que la prevalencia de la ETG tuvo mayor incidencia en mujeres mestizas de 20 a 30 años, de la cual la mola hidatiforme completa predominó sobre las demás enfermedades que componen la ETG. Además, se vieron relacionados factores de riesgo como antecedentes obstétricos y niveles de hormona gonadotropina coriónica humana. En conclusión, se pudo determinar que la Enfermedad Trofoblástica Gestacional, a pesar de ser una patología poco frecuente, en nuestro medio se puede presentar con mayor recurrencia, en comparación con países mejor desarrollados, por lo que es de gran importancia realizar un correcto diagnóstico.			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593 97 998 2700, +593 99 411 5004	E-mail: ali.correa@cu.ucsg.edu.ec, andrea.sanchez11@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: VÁSQUEZ CEDEÑO DIEGO ANTONIO		
	Teléfono: +593 98 274 2221		
	E-mail: diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			