



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

Incidencia y factores de riesgo asociados a la Enfermedad Trofoblástica Gestacional en los años 2013 – 2016 en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

AUTOR:

MONCAYO PIONCE FATIMA ALEXIS

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

TUTOR:

Dr. DIEGO VASQUEZ CEDEÑO

Guayaquil, Ecuador

28 de Abril del 2017



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **MONCAYO PIONCE FATIMA ALEXIS**, como requerimiento para la obtención del título de **MEDICO**.

TUTOR (A)

f. _____
Dr. Vásquez Cedeño Diego Antonio

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Dr. Juan Luis Aguirre Martínez

Guayaquil, a los 28 del mes de abril del año 2017



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **MONCAYO PIONCE FATIMA ALEXIS**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Incidencia y factores de riesgo asociados a la Enfermedad Trofoblástica Gestacional en los años 2013 – 2016 en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo** previo a la obtención del título de **Médico**, 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 28 del mes de abril del año 2017

EL AUTOR (A)

f. _____
Moncayo Pionce Fátima Alexis



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **MONCAYO PIONCE FATIMA ALEXIS**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Incidencia y factores de riesgo asociados a la Enfermedad Trofoblástica Gestacional en los años 2013 – 2016 en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 28 del mes de abril del año 2017

EL (LA) AUTOR(A):

f. _____
Moncayo Pionce Fátima Alexis

AGRADECIMIENTO Y DEDICACIÓN

Agradezco a Dios y a La Santísima Virgen María por guiarme por el camino del bien y haberme dado la fuerza para salir adelante pese a todas las adversidades.

A mi familia por siempre estar conmigo apoyándome y ayudándome a cumplir mis sueños.

Pero especialmente este logro se lo dedico a mi madre por ser la amiga y compañera que siempre me ha ayudado a crecer como persona. Gracias por siempre haber estado junto a mí dándome una palabra de aliento en el transcurso de mi carrera, por ser una persona honesta, leal, triunfadora, entregada a su trabajo y familia. No encuentro palabras para agradecerte todo el amor, cariño y comprensión que me has dado, gracias Mama por siempre estar conmigo en los momentos importantes de mi vida, por tu confianza y por haberme dado la oportunidad de poder culminar esta etapa importante de mi vida.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

DR. VÁSQUEZ CEDEÑO DIEGO ANTONIO
TUTOR

f. _____

DRA. MAYO GALBAN CARIDAD ISABEL
DOCENTE

f. _____

DR. MORENO CORDOVA GUIDO NIMAN
DOCENTE

INDICE

Tabla de contenido

RESUMEN	8
SUMMARY	9
INTRODUCCION	10
MARCO TEORICO.....	11
CAPITULO I	11
FISIOLOGÍA DEL EMBARAZO:	11
TRANSFERENCIA PLACENTARIA	12
PLACENTA	12
CAPITULO II	13
TUMORES PLACENTARIOS	13
CAPITULO III	14
ENFERMEDAD TROFOBLASTICA GESTACIONAL	14
Clasificación	14
Factores de riesgo	16
SIGNOS Y SINTOMAS	16
DIAGNOSTICO	17
TRATAMIENTO	17
SEGUIMIENTO	18
OBJETIVOS	18
OBJETIVO GENERAL	18
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	18
HIPÓTESIS:	19
MATERIALES Y MÉTODOS	19
UNIVERSO Y MUESTRA.....	19
CRITERIOS DE SELECCIÓN	21
Criterios de Inclusión	21
Criterios de exclusión	21
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	22
DISCUSION	28
CONCLUSION	29
RECOMENDACIONES	30
BIBLIOGRAFIA	31

RESUMEN

La enfermedad trofoblástica gestacional se debe al aumento anormal del trofoblasto de la placenta, acompañado con una elevación de la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana. Pueden ser benignas como el embarazo molar y malignas como el coriocarcinoma. A nivel mundial tiene mayor incidencia en Asia y tiene una menor frecuencia en los países occidentales. En Ecuador no se ha encontrado muchos estudios sobre el mismo. En esta tesis vamos a analizar la incidencia de le enfermedad trofoblástica gestacional y cuál es su forma más frecuente en las pacientes que han sido internadas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Metodología: Se revisaron 321 historias clínicas de pacientes del Hospital Teodoro Maldonado Carbo ingresadas con el diagnostico de Enfermedad Trofoblástica Gestacional en las cuales 145 pacientes tenían un tipo de la enfermedad trofoblástica gestacional, los datos recolectados incluyeron: edad, diagnostico, factores de riesgo.

Palabras clave: ETG, mola hidatiforme, Coriocarcinoma.

SUMMARY

Gestational trophoblastic disease is due to the abnormal increase of the placental trophoblast, accompanied by an elevation of the beta subunit of human chorionic gonadotrophin. They may be benign as molar pregnancy and malignant as choriocarcinoma. A global level has a higher incidence in Asia and is less frequent in Western countries. Studies in Ecuador have not been exhausted. In this thesis, we will analyze the incidence of gestational trophoblastic disease and which is more frequent in patients who have been hospitalized at Teodoro Maldonado Carbo Hospital.

METHODS: 321 clinical records of patients from the Teodoro Maldonado Carbo Hospital were reviewed, with a diagnosis of Gestational Trophoblastic Disease in which 145 patients had a type of gestational trophoblastic disease. Data collected included: age, diagnosis, risk factors.

Key words: ETG, hydatidiform mole, choriocarcinoma.

INTRODUCCION

La Enfermedad Trofoblástica Gestacional (ETG) son un conjunto de procesos benignos y malignos poco habituales, derivados de una proliferación anormal del trofoblasto de la placenta humana (hiperplasia) y del genoma paterno, con una contribución materna ocasional.

Se clasifica en: Mola Hidatiforme (Completa o Parcial), Mola Invasiva, Coriocarcinoma, Tumor Del Sitio Placentario.

La ETG su diagnóstico es cada vez más temprano por el estudio ecográfico en el primer trimestre de gestación, también con el seguimiento de la subunidad β de la Gonadotropina Coriónica Humana. Ante el diagnóstico de Mola Hidatiforme, se realiza su evacuación y posterior seguimiento para la detección precoz del desarrollo de Tumor Del Sitio Placentario; en cuanto al tratamiento es importante individualizarlo en mujeres con Tumor Del Sitio Placentario basándose en los factores de riesgo usando un régimen menos tóxico en pacientes de bajo riesgo y terapia combinada agresiva más cirugía en pacientes de alto riesgo.

La incidencia de Mola Hidatiforme es entre 0.5 –1 por 1000 embarazos en América del Norte y Europa; del 1.5 – 6 por 1000 embarazos en América del Sur y más de 12 por 1000 embarazos en Asia.

MARCO TEORICO

CAPITULO I

FISIOLOGÍA DEL EMBARAZO:

Fecundación e implantación

La fecundación ocurre en el tercio distal del oviducto, por la cual se une el espermatozoide y el ovocito con 23 cromosomas cada uno formando el cigoto con 46 cromosomas por lo cual correspondería la mitad de cada progenitor.

(9, 13-15, 17-19)

Este cigoto se transforma en mórula por medio de la segmentación la cual experimenta una serie de divisiones mitóticas teniendo un aumento de células o blastómeros. Las células centrales de la mórula corresponden a la masa celular interna que sería el embrión propiamente dicho y una masa celular externa que corresponde al trofoblasto. Esta mórula la cual es transportada hasta llegar al endometrio en la cual se adhiere llamándose blastocisto llevando en si una capa de trofoblasto la cual tiene la tarea de excavar en el endometrio la cual se produce la implantación que sucede después de seis a siete días de la ovulación. Este trofoblasto se diferencia en dos capas: una interna llamada citotrofoblasto y una externa conocida como sincitiotrofoblasto. (9, 13-15, 18, 19)

El sincitiotrofoblasto prolifera hasta llegar al interior de la mucosa uterina para quedar conectado con los vasos sanguíneos maternos y se formara la circulación útero-placentario por la cual se formara una estructura conocida como corion que a su vez junto con la pared mucosa del útero se formara la placenta. (8, 9, 11-16, 18, 19)

TRANSFERENCIA PLACENTARIA

Se produce por diferentes mecanismos como: (11, 12, 15, 18, 19)

- Difusión simple: no hay gasto de energía. Se da por un gradiente de concentración, en la que hay mayor concentración en la sangre materna. Por este medio pasan el oxígeno, dióxido de carbono, agua y una gran cantidad de electrolitos.
- Difusión facilitada: también se da por un gradiente de concentración ayudado por sustancias conocidas como enzimas. Por este medio pasa la glucosa.
- Transporte activo: hay gasto de energía. Se realiza en contra de un gradiente de concentración para poder llegar al feto. Por este medio pasa el hierro, aminoácidos y vitaminas hidrosolubles.
- Pinocitosis: captación de los solutos por la cual son invaginados para poder pasarlos al lado opuesto. Por este medio pasan lipoproteínas, fosfolípidos, anticuerpos IgG.

PLACENTA

Es un órgano pasajero que cumple diferentes funciones como: la función digestiva que es el paso de nutrientes desde la sangre materna a la fetal, elimina los productos de desecho que el feto no puede ya que tiene órganos inmaduros y así purifica la sangre del feto. Cumple la función de barrera en la cual la circulación materna y fetal no tiene una comunicación directa. (7, 8, 10-12, 15, 16, 18, 19)

La placenta fabrica diferentes hormonas como:

- Gonadotropina coriónica humana: su función principal es mantener al cuerpo lúteo, la cual ayuda en la síntesis de progesterona hasta que la placenta lo pueda hacer sola. (8, 11, 12, 15, 18, 19)
- Lactógeno placentario humano: su función es la lipólisis materna y de ácidos grasos que ayudan en la producción de glucosa, también ayuda

en la estimulación de la glándula mamaria en la producción de leche.

(8, 11, 12, 15, 18, 19)

- Progesterona: ayuda a sostener la irrigación del endometrio y evitar que se descame. (8, 11, 12, 15, 18, 19)
- Estrógenos: ayuda al crecimiento del útero y glándulas mamarias. (8, 11, 12, 15, 18, 19)

CAPITULO II

TUMORES PLACENTARIOS

Se divide en:

- Tumores trofoblásticos que se dividen en benignos como la mola hidatiforme que puede ser parcial o completa y malignos como la mola invasora, coriocarcinoma y tumor trofoblástico del sitio placentario. (20)
- Tumores no trofoblásticos. (20)

Tumores no trofoblásticos

Neoplasias primarias:

- Corioangioma es el más frecuente, es un tumor benigno, en la cual pueden ser de pequeño tamaño la cual son asintomáticos y los de gran tamaño pueden presentar complicaciones porque actúan como una fistula arteriovenosa que puede llegar al hidrops, parto pretérmino, trombocitopenia, anemia fetal, falla cardiaca y hasta la muerte in útero cuando no son tratados a tiempo.
- Teratoma placentario es un tumor infrecuente cuya etiología es desconocida, se lo puede ubicar entre el amnios y la placa coriónica. En la mayoría de las veces el embarazo sigue su curso normal. Raramente está asociado a las malformaciones fetales. (20)

Neoplasias secundarias:

- Metástasis placentarias de neoplasias maternas suelen ser raras y no son muy frecuentes. Se pueden dar por una propagación hematógica al espacio intervilloso. Las metástasis más comunes que se pueden dar son: melanomas, leucemia, cáncer de mama, linfomas y cáncer pulmonar. Tienen mínimas complicaciones fetales pero puede llegar a la muerte fetal si la infiltración es masiva. (20)
- Metástasis placentarias de neoplasias fetales se produce un aumento indeterminado del grosor de la placenta. Las más comunes son: neuroblastoma, leucemia, nevus pigmentarios gigantes. (20)

CAPITULO III

ENFERMEDAD TROFOBLASTICA GESTACIONAL

La ETG son un conjunto de patologías caracterizado por un aumento anormal del trofoblasto de la placenta y del genoma paterno participando ocasionalmente el materno. Se produce un aumento excesivo de la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana (beta-HCG). (1-6)

Clasificación

Mola hidatiforme

Es la patología con más frecuencia en el enfermedad trofoblástica gestacional. Se clasifica en mola hidatiforme completa y mola hidatiforme parcial. (1-6)

La mola hidatiforme completa se produce en el momento de la fecundación por un ovulo vacío anucleado y un espermatozoide que este a su vez sufre una división una vez haya penetrado esto se lo conoce como fecundación monospérmica, por la cual es de origen paterno por la cual hay ausencia de tejido fetal y embrionario. Histopatológicamente presente una degeneración hidrópica de las vellosidades coriales ya que están avasculares, hay un

aumento anormal en el número de células del citotrofoblasto y del sincitiotrofoblasto. (1-6)

La mola hidatiforme parcial se produce en el momento de la fecundación por un ovulo normal y dos espermatozoides formándose un cariotipo triploide es de origen paterno y materno. Histopatológicamente presenta vellosidades coriales normales y quísticas por la que se puede encontrar tejido embrionario y fetales, hay un aumento anormal en el número de células del sincitiotrofoblasto por lo cual las vellosidades presentan un contorno festoneado y algunas presentan cisternas centrales, se encuentran unas eminentes inclusiones trofoblásticas estromales. (1-6)

Mola invasiva

Como su nombre lo indica produce una invasión del miometrio o del espacio vascular por las células del citotrofoblasto y del sincitiotrofoblasto. Morfológicamente presenta vellosidades placentarias. Histopatológicamente tiene las mismas características de una mola hidatiforme con la diferencia que tiene un grado variable en la hiperplasia del trofoblasto. Rara vez da metástasis a distancia. (1-6)

Coriocarcinoma

Es el tumor maligno de la ETG, se da por el desarrollo atípico del citotrofoblasto y del sincitiotrofoblasto. Histopatológicamente a nivel macroscópico se presenta como una masa roja, oscura y friable y sangrante con un crecimiento rápido por la cual invade el musculo uterino y sus vasos, lo que provoca una necrosis, hemorragia e infección. Su diseminación es a nivel hematogena por lo que tiene mayor índice de metástasis al pulmón; tracto genital bajo conformado por cuello, vagina y vulva; cerebro. (1-6)

Tumor trofoblástico del sitio placentario

Es un tumor maligno, se produce en el trofoblasto que tiene lugar a la implantación de la placenta conformado por trofoblasto intermedio que es el

que forma la hormona lactógeno placentario por la cual la beta- HCG se encuentra en niveles bajos, no contiene vellosidades coriales, tiene la capacidad de formar nódulos por lo general son múltiples que llegan a infiltrar la decidua, el miometrio y las arteriolas espirales. Este tumor es relativamente insensible a la quimioterapia por lo que se usa la resección quirúrgica. (1-6)

Factores de riesgo

Existen diferentes factores de riesgo para que presente enfermedad trofoblástica gestacional en la cual las principales son:

Edad: Se considera que las edades extremas en etapa de reproducción es decir edades menores de 16 años y mayor de 35 se asocian con un mayor riesgo de presentar embarazo molar. En el coriocarcinoma suele presentar en mujeres > 40 años. (1-6)

Antecedentes de mola hidatiforme anterior. (1-6)

Antecedentes de aborto espontaneo. (1-6)

Uso prolongado de anticonceptivos. (1-6)

Paridad: se relaciona la Nuliparidad con el desarrollo de ETG. (1-6)

SIGNOS Y SINTOMAS

El síntoma más común es el del sangrado uterino anormal que suele suceder en el primer trimestre del embarazo. Al examinar a la paciente y medir la altura uterina se aprecia un útero aumentado de tamaño que no corresponde a la edad gestacional. Se produce una hiperémesis gravídica por el aumento anormal de la beta-HCG. Se pueden encontrar quistes tecaluteínicos por la elevación de la beta-HCG se produce una hiperestimulación ovárica. También se puede encontrar preeclampsia por el tamaño uterino excesivo. (1-6)

DIAGNOSTICO

La ecografía es la herramienta de diagnóstico más importante en el embarazo molar. En la mola hidatiforme completa se presenta un patrón ecogénito mixto que comprende en vellosidades hidrópicas, ausencia de feto y ausencia de líquido amniótico. Siempre debe valorarse junto con la cuantificación de la beta-HCG que suele estar elevada porque se suele confundir con aborto. En la mola hidatiforme parcial suele encontrar un feto con restricciones de crecimiento, líquido amniótico, y presenta áreas focales de espacios anecogénicos en la placenta. El diagnóstico se confirma después del examen histopatológico. (1-6)

Para descartar mola invasiva se realiza una ecografía vaginal para descartar metástasis. En el coriocarcinoma se observa una masa en el útero hipervascularizada de aspecto heterogéneo con áreas de necrosis y de hemorragia. (1-6)

En el coriocarcinoma y en la mola invasiva se encuentran niveles increíblemente elevados de la beta-HCG que varían desde 100 a 100.000mUI/ml. (1-6)

TRATAMIENTO

Una vez realizado el diagnóstico antes de la preevacuación se realiza los siguientes exámenes: biometría hemática completa (BHC), tiempos de coagulación, perfil renal, perfil hepático, grupo sanguíneo y RH, cuantificación de beta-HCG, radiografía de tórax, ecografía abdomino-pélvica para descartar metástasis. (1-6)

Se realiza una evacuación del contenido uterino realizando una dilatación y luego el legrado por aspiración en mujeres de edad fértil y en pacientes de >40 años es recomendable realizar una histerectomía para disminuir el riesgo de secuelas. (1-6)

SEGUIMIENTO

Se realiza controles de la cuantificación de la beta-HCG cada semana hasta llegar a 3 que sean negativas, luego se realiza control por cada mes por lo menos por 6 meses. Controlar por medio de anticonceptivos para evitar un embarazo para no confundir el control de la beta-HCG. (1-6)

Se realiza controles con radiografía de tórax para el diagnóstico de metástasis. (1-6)

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar los factores asociados de La Enfermedad Trofoblástica Gestacional en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el período 2013-2016.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar el número de casos con diagnóstico de Enfermedad Trofoblástica Gestacional en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el período 2013-2016
2. Identificar los tipos de enfermedad más frecuentes que se presenta en la enfermedad trofoblástica gestacional.
3. Determinar la asociación de la edad como factor de riesgo con la presencia de la enfermedad trofoblástica gestacional
4. Determinar los principales factores de riesgo de La Enfermedad Trofoblástica Gestacional.

HIPÓTESIS:

El embarazo molar completo es el más frecuente (>50%).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se revisaron las historias clínicas de pacientes ingresados en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, con diagnóstico de Enfermedad Trofoblástica Gestacional, en el periodo 2013 – 2016.

TIPO DE ESTUDIO: No experimental

DISEÑO: Estudio de Prevalencia o de Corte Transversal (observacional, descriptivo)

LOCALIZACIÓN:

El presente estudio se desarrollara en el área de Emergencia y de consulta externa del servicio de Ginecología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

UNIVERSO Y MUESTRA

UNIVERSO:

Las pacientes que fueron ingresadas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo enero del 2013 a diciembre del 2016, cuyo diagnóstico fue enfermedad trofoblástica gestacional, conforman al universo de 321 personas.

MUESTRA:

La muestra está constituida por 146 pacientes por la cual fueron ingresadas con diagnóstico de: Enfermedad Trofoblástica Gestacional en la cual cuya clasificación es: mola hidatiforme completa, parcial y coriocarcinoma, en el área de ginecología y obstetricia del H.T.M.C. La muestra será tomada aleatoriamente según los siguientes parámetros: $p=0,5$, nivel de confianza del 99% y margen de error esperado= 5%.

RECOLECCION DE DATOS

A través de la verificación de las historias clínicas almacenadas en la base de datos del Hospital Teodoro Maldonado Carbo y en el archivo informático se obtendrán los datos para el análisis de las variables usadas en este estudio.

ANÁLISIS

Se estudiarán todas las historias clínicas de las pacientes cuyo diagnóstico fue Enfermedad Trofoblástica Gestacional que asistieron por hospitalización al área de ginecología y obstetricia del Hospital Teodoro Maldonado Carbo de Enero del 2013 a diciembre del 2016. Con ayuda del utilitario Microsoft Excel 2016 en la cual se analizarán los datos recolectados del estudio.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de Inclusión

- Pacientes que clínicamente nos haga sospechar en enfermedad trofoblástica gestacional
- Pacientes con examen de gonadotrofina coriónica humana elevada (niveles que hagan sospechar de enfermedad trofoblástica gestacional)
- Pacientes con ecografía con diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional
- Pacientes que se confirme diagnóstico de forma histopatológica

Criterios de exclusión

- Paciente que no cumplan con los criterios diagnósticos de enfermedad trofoblástica gestacional.
- Las historias clínicas de las pacientes que tengan los datos incompletos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

1. Identificar el número de casos con diagnóstico de Enfermedad Trofoblástica Gestacional en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el período 2013-2016

Enfermedad		ni	Ni	fi (%)	Fi (%)
Ausencia	0	176	176	54,83	54,83
Presencia	1	145	321	45,17	100,00
Total		321		100,00	

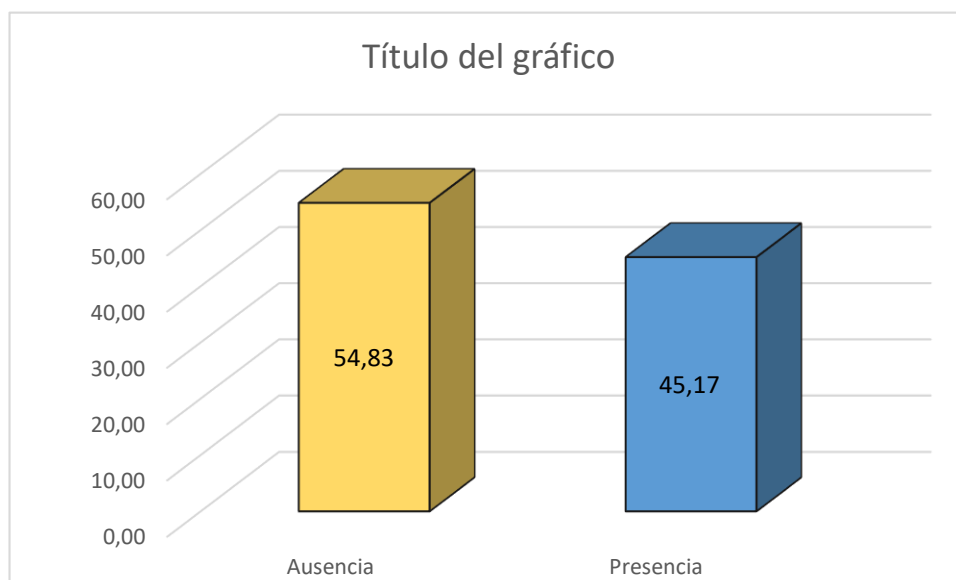


Tabla 1. Tabla de pacientes que fueron ingresados con Enfermedad Trofoblástica Gestacional

Interpretación: De una muestra tomada en el hospital en el período 2013-2016, se procede a realizar el estudio de Enfermedad Trofoblástica presente en embarazada.

Dicha muestra presente los siguientes resultados:

La muestra es de 321 pacientes con diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional, cuyas edades varían entre los 12 y 50 años, donde 145 paciente confirmado por su histopatología tienen presente un tipo de enfermedad trofoblástica es decir el 45.17% de la muestra estudiada.

2. Identificar los tipos de enfermedad más frecuentes que se presenta en la enfermedad trofoblástica gestacional, relacionándolo con la edad de la paciente.

ENFERMEDAD	Freq.	Percent	Cum.
CORIOCARCINOMA	12	8,28	8,28
MOLA HIDATIFORME COMPLETA	131	90,34	98,62
MOLA HIDATIFORME PARCIAL	2	1,38	100,00
TOTAL	145	100,00	

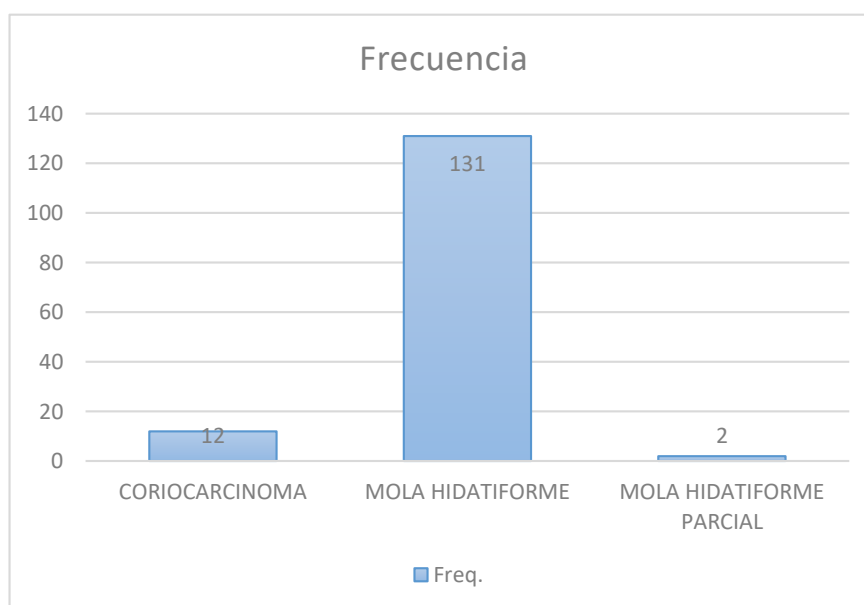
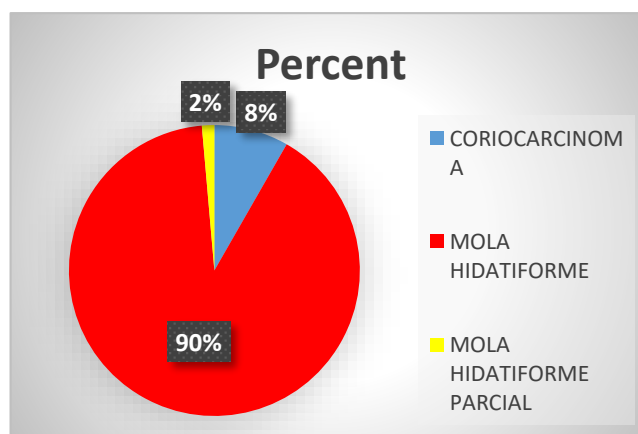


TABLA 2. Tabla de pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional en su tipo más frecuente.



Enfermedad	EDAD	ni	Ni	fi	Fi	%
CARIOCARCICOMA	[12-19]	0	0	0,00	0,00	0,00
MOLA HIDATIFORME	[12-19]	13	13	0,09	0,09	8,97
MOLA HIDATIFORME PARCIAL	[12-19]	0	13	0,00	0,09	0,00
CARIOCARCICOMA	[20-24]	1	14	0,01	0,10	0,69
MOLA HIDATIFORME	[20-24]	21	35	0,14	0,24	14,48
MOLA HIDATIFORME PARCIAL	[20-24]	1	36	0,01	0,25	0,69
CARIOCARCICOMA	[25-29]	1	37	0,01	0,26	0,69
MOLA HIDATIFORME	[25-29]	32	69	0,22	0,48	22,07
MOLA HIDATIFORME PARCIAL	[25-29]	0	69	0,00	0,48	0,00
CARIOCARCICOMA	[30-34]	1	70	0,01	0,48	0,69
MOLA HIDATIFORME	[30-34]	23	93	0,16	0,64	15,86
MOLA HIDATIFORME PARCIAL	[30-34]	0	93	0,00	0,64	0,00
CARIOCARCICOMA	[35-39]	3	96	0,02	0,66	2,07
MOLA HIDATIFORME	[35-39]	22	118	0,15	0,81	15,17
MOLA HIDATIFORME PARCIAL	[35-39]	0	118	0,00	0,81	0,00
CARIOCARCICOMA	[40-44]	1	119	0,01	0,82	0,69
MOLA HIDATIFORME	[40-44]	7	126	0,05	0,87	4,83
MOLA HIDATIFORME PARCIAL	[40-44]	1	127	0,01	0,88	0,69
CARIOCARCICOMA	[45-50]	5	132	0,03	0,91	3,45
MOLA HIDATIFORME	[45-50]	13	145	0,09	1,00	8,97
MOLA HIDATIFORME PARCIAL	[45-50]	0	145	0,00	1,00	0,00
Total		145		1		100,00

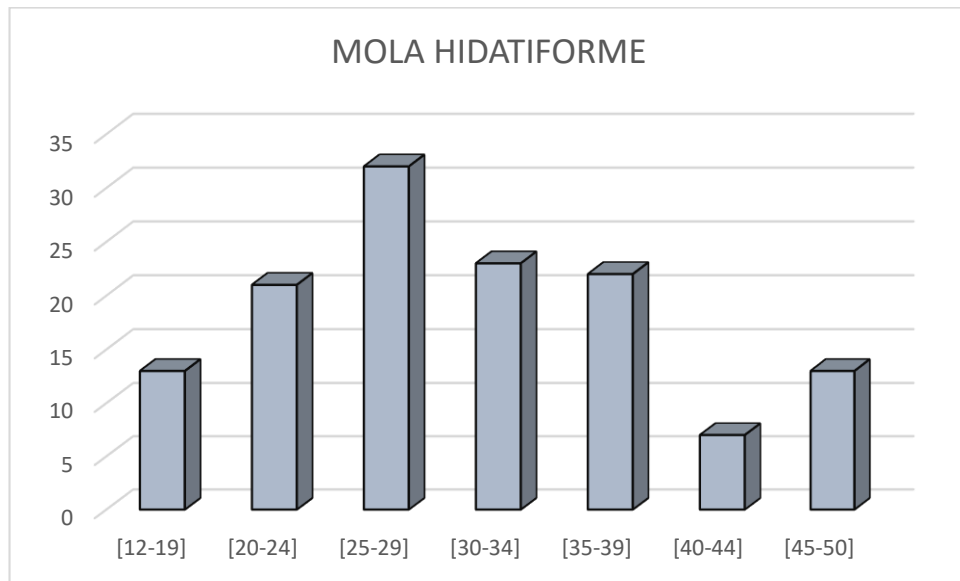


TABLA 3. Tabla de pacientes con Enfermedad Trofoblástica Gestacional del tipo de mola hidatiforme completa.

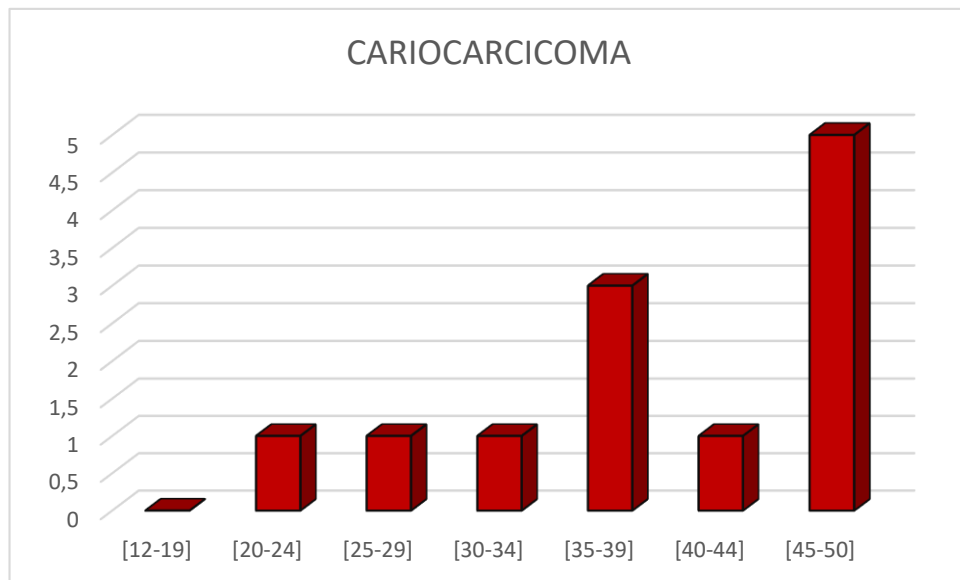


TABLA 4. Tabla de pacientes con Enfermedad Trofoblástica Gestacional del tipo coriocarcinoma.

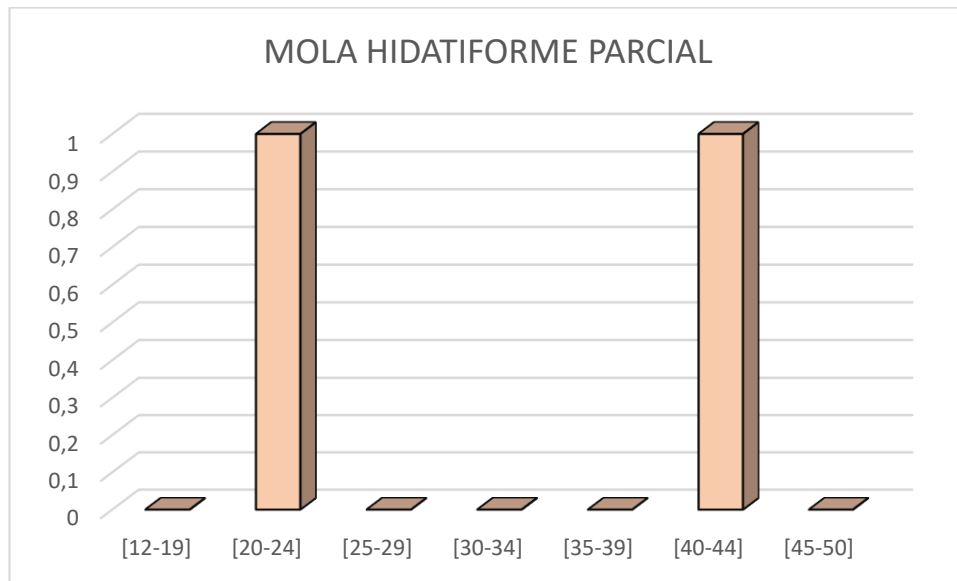


TABLA 5. Tabla de pacientes con Enfermedad Trofoblástica Gestacional del tipo de mola hidatiforme parcial.

Interpretación: Diagnosticando a estas pacientes se presentaron las siguientes patologías: Coriocarcinoma, Mola Hidatiforme Completa, Mola Hidatiforme Parcial; se procede a crear la tabla de frecuencia, ubicando cada dato en un rango de edad determinado.

Obteniendo los siguientes resultados.

La patología con mayor frecuencia es Mola Hidatiforme Completa con una presencia del 90% de los caso estudiado (de la paciente que presente una patología trofoblástica 145 paciente), teniendo mayor presencia en la mujeres entre 25 y 39 (77 caso o 53.10%). La presencia de coriocarcinoma con una presencia de 8.28%, tuvo mayor presencia en embarazada cuyas edades oscilan entre los 45 y 50, siendo este el porcentaje 3.44%, sin mayor presencia en el resto de la muestra, de manera general la patología mola hidatiforme parcial se presente de manera poco recurrente en la muestra con apenas el 1.38%.

- Determinar la asociación de la edad como factor de riesgo con la presencia de la enfermedad trofoblástica gestacional.

spearman rho	-0,64
valor p	0,000

Interpretación: Se desea conocer si existe una relación de tipo lineal, entre la edad de las pacientes y la enfermedad trofoblástica, para este análisis se usó el coeficiente de spearman que me permite analizar la muestra con tendencia no definida arrojando el siguiente resultado: -0.64, que me indica que el tipo de relación entre esta variable es inversa y su valor tiene una relación moderada fuerte de forma inversa y debido a la cantidad de datos puedo concluir que es un factor de relevancia.

- Determinar los principales factores de riesgo de La Enfermedad Trofoblástica Gestacional.

ENFERMEDAD TROFOBLASTICA			
	no	si	total
PADRE CANCER GASTRICO	0	1	1
DIABETES MELLITUS	1	0	1
HERMANA CON CANCER	0	1	1
HTA	1	1	2
MADRE DIABETES M.	0	1	1
MADRE DM	0	4	4
MADRE DM2 HTA	1	0	1
MADRE EPILEPSIA	0	1	1
MADRE HTA	1	7	8
MADRE HTA, DM	0	1	1
NADRE HTA	0	1	1
NO	18	86	104
PADRE DM	0	1	1
PADRE CA DE HIGADO	0	1	1
PADRE CA DE PROSTATA	0	1	1

PADRE DM	0	5	5
PADRE HTA	3	3	6
PADRE: DM+HTA	0	1	1
PADRES HTA-CA GASTRICO	0	1	1
Total	25	118	143
Pearson chi2(20)	20,1024	Pr = 0.452	
too many categories			

Interpretación: Con respecto a los factores de riesgo asociados a Enfermedad Trofoblástica se obtuvo un valor Pr=0.452 siendo superior al 0.05 indicándome que las variables no están relacionadas.

DISCUSION

Con respecto a la base de datos provenientes de la muestra seleccionada del archivo estadístico del Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil pudimos concluir lo siguiente:

Se encontró 321 casos con diagnóstico de enfermedad trofoblástica, la cual se realizó la verificación de los datos por medio de la historia clínica dándonos como resultado de 145 (45.17%) casos comprobados por medio de la histopatología.

La patología con mayor frecuencia es Mola Hidatiforme con una presencia del 90% de los caso estudiado (145), teniendo mayor presencia en la mujeres entre 25 y 39 años (77 casos o 53.10%). La presencia de coriocarcinoma tuvo mayor presencia en embarazada cuyas edades oscilan entre los 45 y 50 años, que equivale al 3.44% sin mayor presencia en el resto de la muestra; de manera general la patología mola hidatiforme parcial se presenta de manera poco recurrente en la muestra con apenas el 1.37%.

En relación con la edad y enfermedad trofoblástica están asociadas de manera inversa según el resultado obtenido siendo $\rho = -0.64$. A menor edad fueron encontrados mayores casos de enfermedad trofoblástica y en los límites de mi muestra se encontró menores casos.

Con referencia a los factores de riesgo ya sea antecedentes personales y/o familiares no se encontró relación con la enfermedad trofoblástica.

CONCLUSION

Se concluye que se encontró 145 casos con diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional en la cual su forma clínica más común fue la mola hidatiforme completa en un 90%, siguiéndole en menor cantidad el coriocarcinoma en un 8,28% y en una menor proporción la mola hidatiforme parcial en un 1,38%.

La edad media de nuestro estudio fue de 31 años, en la cual la edad mínima fue de 12 años y la edad máxima fue de 50 años.

En relación con la edad y la enfermedad trofoblástica gestacional están inversamente relacionadas en este estudio, es decir la presencia de la enfermedad ocurrió con mayor frecuencia en pacientes cuya edad es menor a la media.

Para el diagnóstico confirmatorio se usó el estudio histopatológico y por la ecografía.

No se encontró relación con los antecedentes personales y/o familiares para que presenta la enfermedad.

RECOMENDACIONES

Incentivar a las mujeres en edad fértil la importancia del control prenatal para el diagnóstico precoz de la enfermedad.

Reforzar en el personal de salud la realización de una adecuada historia clínica.

Uso adecuado de los protocolos de manejo de las hemorragias de la primera mitad del embarazo, mejorando el tratamiento de la enfermedad y la evolución de la paciente.

Realizar seguimiento médico a todas las pacientes diagnosticadas de enfermedad trofoblástica gestacional.

BIBLIOGRAFIA

1. Dr. Ariel Labrada Salas, Dr. Manuel Fernando Gómez Leyva, Dra. Yuliet Pavón Rodríguez (2014). Enfermedad trofoblástica gestacional. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta Vol. 39, número 9 ISSN 1029-3027 | RNPS 1824 septiembre 2014.
2. JP Deep, LB Sedhai, J Napit and J Pariyar (2013). Gestational Trophoblastic Disease. Journal of Chitwan Medical College 2013; 3(4): 4-11.
3. Vázquez Martínez, Yovany Enrique; Brito García, Amanda; Delgado Peruyera, Liliam; Vázquez Merayo, Enrique José (2014). Caracterización clínica de la enfermedad trofoblástica gestacional, Hospital Gineco-obstétrico "Ramón González Coro" (2008-2012). Revista Cubana de Higiene y Epidemiología, vol. 52, núm. 2, mayo-agosto, 2014, pp. 173-181.
4. Ignacio Cabrera Figueredo, Yulier Valdivieso Benítez, Daylenis Fonseca Martínez, Dra. Caridad Irene Amador de Varona, Dr. José Manuel Rodríguez Fernández (2015). Caracterización De La Enfermedad Trofoblástica Gestacional En Camagüey. 16 de Abril. 2015; 54(257): 25-35.
5. M. J. Seckl, N. J. Sebire, R. A. Fisher, F. Golfier, L. Massuger & C (2013). Gestational trophoblastic disease: ESMO Clinical Practice - Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Sessa, on behalf of the ESMO Guidelines Working Group. Annals of Oncology: 1–12, 2013 doi:10.1093/annonc/mdt345.
6. Priyanka Khanna Jiménez (2016). Enfermedad Trofoblástica Gestacional. Revista Médica De Costa Rica Y Centroamérica LXXIII (618) 173-178, 2016.

7. Manuel Purizaca (2013). Modificaciones fisiológicas del embarazo. Rev. Per Gineco Obste. 2010; 56:57-69.
8. Manuel Purizaca-Benites (2014). La placenta y la barrera placentaria. Rev. Per Gineco Obste. 2008; 54:270-278.
9. Dr. E. Tormos (2013). Fisiología del embarazo y desarrollo fetal Servicio de Obstetricia. HUP La Fé.
10. Fisiología del Embarazo (2014). Cap. 3 p. 42-63 Gabbe 6ª edición.
11. Sandra Acevedo Gallegos, Salvador Espino Y Sosa, Juan Manuel Gallardo Gaona, Berenice Velásquez Torres, Lisbeth Camargo Marín, Mario E. Guzmán Huerta (2013). La placenta humana: Revisión. Perinatal Reprod Hum 2008; 22: 230-245.
12. Bioq. Bernardo Krause, Dr. Luis Sobrevia, Dra. Paola Casanello (2013). Papel de la placenta en la programación fetal de las enfermedades crónicas del adulto. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Centro de Investigaciones Médicas (CIM), Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
13. Luis Meza Santibáñez (2013). Modificaciones Anatómicas y Fisiológicas de la gestación. Segunda Especialidad en Emergencias Obstétricas, Módulo II "Módulo de Aspectos Generales de las Emergencias Obstétricas".
14. Gerardo Velázquez Cornejo (2012). Fisiología de la reproducción humana. Revista mexicana de Medicina de la Reproducción 2009; 1(4):115-30.

15. Dr. Manuel E. Vargas Prado (2016). Desarrollo Y Fisiología Placentaria. Obstetricia I – 2016 | Hospital México.
16. Obstetra Felipe A. Flores Pérez (2014). Placenta Y Anexos Fetales. Embriología Humana.
17. Dres. Paúl Tejada Pérez, Aaron Cohen, Ingrid J. Font Arreaza, Carlos Bermúdez, Juan B. Schuitemaker Requena (2012). Modificaciones fisiológicas del embarazo e implicaciones farmacológicas: maternas, fetales y neonatales. Rev. Obste Gineco Venez v.67 n.4 Caracas dic.
18. Ginecología y Obstetricia (2013). Fisiología del embarazo. Manual de CTO Octava Edición Pág. 73 – 75.
19. Cunningham Gary F. (2015). Implantación, embriogénesis y desarrollo placentario. Williams Obstetricia 24ª edición. Pág. 47 – 67.
20. Dr. Jaime Apará Saba (2013). Tumores Placentarios. Centro de Referencia Perinatal Oriente (CERPO). Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Santiago Oriente “Dr. Luis Tisné Brousse” Campus Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Moncayo Pionce Fátima Alexis**, con C.C: # 0930149539 autor/a del trabajo de titulación: **Incidencia y factores de riesgo asociados a la Enfermedad Trofoblástica Gestacional en los años 2013 – 2016 en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo** 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, **28 de Abril del 2017**

f. _____

Nombre: **Moncayo Pionce Fátima Alexis**

C.C: **0930149539**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Incidencia y factores de riesgo asociados a la Enfermedad Trofoblástica Gestacional en los años 2013 – 2016 en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo.		
AUTOR(ES)	Fátima Alexis Moncayo Pionce		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dr. Diego Antonio Vásquez Cedeño		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	28 de Abril de 2017	No. DE PÁGINAS:	33
ÁREAS TEMÁTICAS:	Genética, Oncología, Prevención		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	ETG, mola hidatiforme completa o parcial, Coriocarcinoma		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>La enfermedad trofoblástica gestacional se debe al aumento anormal del trofoblasto de la placenta, acompañado con una elevación de la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana. Pueden ser benignas como el embarazo molar y malignas como el coriocarcinoma. A nivel mundial tiene mayor incidencia en Asia y tiene una menor frecuencia en los países occidentales. En Ecuador no se ha encontrado muchos estudios sobre el mismo. En esta tesis vamos a analizar la incidencia de le enfermedad trofoblástica gestacional y cuál es su forma más frecuente en las pacientes que han sido internadas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo.</p> <p>Metodología: Se revisaron 321 historias clínicas de pacientes del Hospital Teodoro Maldonado Carbo ingresadas con el diagnóstico de Enfermedad Trofoblástica Gestacional en las cuales 145 pacientes tenían un tipo de la enfermedad trofoblástica gestacional, los datos recolectados incluyeron: edad, diagnostico, factores de riesgo.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-993877167 +593-996854679	E-mail: fatyamp_90@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN	Nombre: Vásquez Cedeño Diego Antonio Teléfono: +593-982742221		

(COORDINADOR PROCESO UTE)::	DEL	E-mail: diegoavasquez@gmail.com
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA		
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):		
Nº. DE CLASIFICACIÓN:		
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		