

**FACTORES DE RIESGO DE LA ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL.
HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO DR. ANTONIO MARÍA PINEDA**

*Jinder Arias **Yasine Martínez

RESUMEN

La Enfermedad Trofoblástica Gestacional (ETG) es una patología de la primera mitad del embarazo caracterizada por una degeneración hidrópica de las vellosidades coriales que abarca la placenta y el resto del complejo ovular; es generalmente benigna pero puede malignizarse y distribuirse hacia otros tejidos. Se realizó un estudio descriptivo transversal con recolección retrospectiva de datos cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo de la ETG en pacientes que acudieron al Servicio de Emergencia Gineco-Obstétrica del Hospital Dr. Antonio María Pineda durante el período enero-agosto 2018. Dentro de la muestra se incluyeron las historias clínicas de 55 pacientes siendo la mayor parte mujeres menores de 28 años, de procedencia urbana, multigestas, sin antecedentes de aborto espontáneo o embarazo molar y sin uso de dispositivos intrauterinos o uso prolongado de anticonceptivos orales. En conclusión, se hace necesario un mayor seguimiento a mujeres embarazadas jóvenes con las características anteriormente expuestas con la finalidad de realizar un diagnóstico temprano de la enfermedad y de esta manera implementar medidas que garanticen su salud y vida.

Palabras claves: enfermedad trofoblástica gestacional, factores de riesgo, aborto, dispositivos intrauterinos

**RISK FACTORS OF GESTATIONAL TROFOBLASTIC DISEASE.
HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO DR. ANTONIO MARIA PINEDA**

ABSTRACT

Gestational Trophoblastic Disease (TSG) is a pathology of the first half of pregnancy characterized by a hydropic degeneration of the chorionic villi that spans the placenta and the rest of the ovular complex; it is usually benign, but it can become malignant and spread to other tissues. A descriptive transversal study with retrospective review of medical charts was performed in order to determine the risk factors for TSG of patients evaluated at the Servicio de Emergencia Gineco-Obstétrica of the Hospital Dr. Antonio María Pineda during the January-August 2018 period. Fifty-five medical charts were reviewed. Results show that TSG was more common in women < 28 years old that lived in urban areas, which had several pregnancies, with no prior history of spontaneous abortion, molar pregnancy, use of intrauterine devices or prolonged use of contraceptive pills. In conclusion, a follow-up of young pregnant women is necessary in order to have an on time diagnosis of this disease as well as promote measures that guarantee the patients' health as well as her life.

Keywords: gestational trophoblastic disease, risk factors, abortion, intrauterine devices

*Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, Decanato de Ciencias de la Salud, Barquisimeto, Venezuela. [correo electrónico: arias11_@hotmail.com](mailto:arias11_@hotmail.com).

**Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda, Servicio de Emergencia Gineco-Obstétrica, Barquisimeto, Venezuela.

Recibido: 20/10/2018
Aceptado: 15/12/2018



[Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Compartir Igual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de las enfermedades gineco-obstétricas ha evolucionado rápidamente de manera que la mayoría de los trastornos de la salud en la mujer son diagnosticados y tratados de acuerdo a la patología que presentan.

El embarazo, para la mayoría de las mujeres, es una etapa feliz, sin embargo, pueden producirse trastornos anormales que perturban el embarazo a término y la salud como es la Enfermedad Trofoblástica Gestacional (ETG) en la cual se produce proliferación del trofoblasto gestacional el cual representa el tejido que se convertirá en la placenta produciendo una alteración en el desarrollo del embarazo la cual se denomina Embarazo Molar.

La ETG es una enfermedad poco frecuente, en Venezuela⁽¹⁾, siendo la incidencia de aproximadamente 1:1.000 embarazos; el 5% al 20% de los embarazos molares puede desarrollar la forma maligna; también puede aparecer después de la terminación de un embarazo normal, aborto o embarazo ectópico, lo que representa una dificultad para el diagnóstico precoz debido a que los síntomas de la paciente pueden ser inespecíficos.

Cabe destacar que, con respecto a meses anteriores, hubo un repunte en el número de casos durante el período de enero-agosto 2018 en pacientes que acudieron a la emergencia gineco-obstétrica del Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda, hecho por demás preocupante que motivó la realización de esta investigación en particular por la escasa información epidemiológica que existe sobre esta enfermedad en nuestro centro.

MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación se enmarcó en una investigación de tipo descriptivo, transversal, de recolección retrospectiva de datos, que incluyó la revisión de las historias clínicas codificadas según el Clasificador de Enfermedades Internacionales (CEI-10) como C58 (Neoplasias malignas de placenta) y D39.2 (Neoplasias de comportamiento incierto o desconocido de la placenta). Una vez obtenida y recopilada la información, ésta fue procesada utilizando el programa Excel 2016. La presentación de los resultados se realizó por

medio de cuadro de frecuencias y porcentajes mostrados de acuerdo a los resultados obtenidos en la ficha de registro aplicada a la muestra.

RESULTADOS

En total se evaluaron las historias clínicas de 55 pacientes. Con respecto a la edad, la mayor parte de las pacientes eran menores de 28 años según lo demuestra el cuadro 1. El 56,36 por ciento de las pacientes provienen de zonas urbanas.

Edad			F	%
14	–	18	15	27,27
19	–	23	18	29,09
24	–	28	15	25,45
29	–	33	4	7,27
34	–	38	4	7,27
39	–	43	0	0
44	–	48	1	1,82
49	–	53	1	1,82
Total			55	100

Cuadro 1. Frecuencia de datos registrados de las pacientes del Servicio de Emergencia Gineco-Obstétrico del Hospital Central Universitario Antonio María Pineda de acuerdo a edad.

El cuadro 2 muestra que 61,82% de las pacientes con ETG eran multigesta, lo cual indica que el riesgo para las pacientes multigesta fue mayor que para las mujeres primigesta, aun cuando los embarazos no hayan llegado a término, lo cual se evidencia con los resultados de la paridad en un 0% de nuliparidad, 16,36 por ciento en primíparas y un 18,18 por ciento multíparas.

Factor de Riesgo	F	%
Paridad		
Nulípara	0	0
Primíparas	9	16,36
Multíparas	10	18,18
Gesta		
Primigesta	21	38,18
Multigesta	34	61,81

Cuadro 2. Frecuencia de los datos registrados de las pacientes del Servicio de Emergencia Gineco-Obstétrico del Hospital Central Universitario “Antonio María Pineda” según indicador paridad y gesta.

Por otra parte, el 70,91% de las pacientes con ETG

no tenían antecedentes de aborto espontáneo y 90,91 por ciento no tenían antecedentes de embarazo molar previo. El 67,27 por ciento no tenían antecedentes de haber utilizado un dispositivo intrauterino y el 83,64 por ciento no refieren uso prolongado de anticonceptivos orales.

DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados, la ETG fue más frecuente en pacientes jóvenes, menores de 28 años. La edad parece ser el mayor riesgo para el desarrollo de mola hidatiforme, siendo las mujeres en ambos extremos del espectro reproductivo las más vulnerables; las pacientes menores de 16 años de edad tienen 6 veces más riesgo, entre los 16 y 40 años tienen 5-10 veces más riesgo y mayores de 50 años tienen 1-3 mayor riesgo⁽²⁾. En nuestro estudio la edad promedio de los pacientes era de 31 años con una edad mínima de 12 años, siendo que la edad y la ETG están inversamente relacionadas pues la presencia de la enfermedad ocurrió con mayor frecuencia en pacientes menores a 31 años, lo cual confirma que la edad es un factor de riesgo para las mujeres fértiles en los extremos más jóvenes⁽³⁾.

Con respecto al nivel socioeconómico, las pacientes provenientes de las zonas urbanas representaron un 56,36% de las pacientes con ETG. La procedencia aplica para dar cuenta de la situación económica de la cual provienen; en este caso se observa que las mujeres de las zonas urbanas tienen disponibles todos los servicios y mejores condiciones de vida que las mujeres de las zonas rurales y sin embargo tuvieron un porcentaje más alto de riesgo de ETG⁽⁴⁾.

En nuestro estudio, la paciente multigesta tuvo un mayor riesgo lo cual es confirmado por otros autores⁽⁵⁾. En relación a la paridad, el 16,36% de las pacientes con ETG fueron primíparas, en comparación con 18,18 por ciento de las mujeres que fueron multíparas.

El 70,91% de las pacientes con ETG no tenían antecedentes de aborto espontáneo y 90,91 por ciento no tenían antecedentes de embarazo molar previo lo cual es indicativo de que antecedentes de aborto espontáneo o embarazo molar no son factores de riesgo para ETG.

El 67,27% de las pacientes no tenían antecedentes de haber utilizado un dispositivo intrauterino y el 83,64% no refieren uso prolongado de anticonceptivos orales lo cual implica que el uso de DIUs o uso de anticonceptivos orales no parecen ser factores de riesgo para el desarrollo de ETG⁽⁶⁾. Estos resultados coinciden con lo reportado por otros autores^(5,7).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cortés C. Enfermedad Trofoblástica: Una alteración del embarazo. Universidad de Central de Venezuela. (Sitio en Internet). Disponible: <http://sanasana.ucv.ve/>. Consulta: febrero 18, 2018; 2015.
2. Durón G, Bolaños M. Enfermedad Trofoblástica Gestacional. Medicina Legal de Costa Rica 2018; 35(1).
3. Moncayo P. Incidencia y factores de riesgo asociados a la enfermedad trofoblástica gestacional en los años 2013 – 2016 en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo. (Sitio de Internet). (Trabajo de Grado no publicado). Universidad de Guayaquil. Disponible: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/>. Consulta: febrero 22, 2018; 2017.
4. Ucha F. Procedencia. (Sitio Web). Disponible: <https://www.definicionabc.com/general/procedencia.php>. Consulta: agosto 18, 2018; 2011.
5. Brito. Características Clínicas de Pacientes con Enfermedad Trofoblástica Gestacional del Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda. (Tesis de Grado no publicada). Barquisimeto. Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado; 2017.
6. Rodríguez G. Consenso sobre Dispositivos Intrauterinos. (Sitio en Internet). Disponible <http://churrucacogineco.blogspot.com/2009/08/ateneo-consenso-diu.html>. Consulta: julio 18; 2009.
7. Rodríguez C, Monsanto H, Colon J. (2016). Enfermedad trofoblástica gestacional

Arias J, Martínez Y. Factores de riesgo de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional. Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda. Boletín Médico de Postgrado 2019; 35(1): 31-34. ISSN: 0798-0361

diagnosticada en restos ovulares obtenidos de pacientes con abortos espontáneos. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela 2016; 7(2).