

# Incidencia de enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer, Villahermosa, Tabasco

Karla Victoria May-Acosta,<sup>(1)</sup> May Milena Fierros-Adame,<sup>(2)</sup> Gabriel Juan Mandujano-Álvarez,<sup>(3)</sup> Clara Magdalena Martínez-Hernández.<sup>(4)</sup>

*karlamayacosta@gmail.com*

## RESUMEN

**Introducción:** La enfermedad trofoblástica gestacional incluye un grupo de patologías con potencial maligno y capacidad de desarrollar neoplasias. Estas condiciones representan una causa de morbilidad y mortalidad en mujeres en edad reproductiva. **Objetivo:** Realizar una descripción de las características sociodemográficas, clínicas y cálculo de la incidencia de casos de enfermedad trofoblástica en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer en el periodo comprendido entre enero del 2020 hasta diciembre del 2024. **Material y métodos** Se realizó un estudio observacional, descriptivo retrospectivo transversal. Se incluyeron 28 pacientes con diagnóstico de ETG. **Resultados:** De las 28 pacientes que cumplieron con todos los criterios de inclusión el 100% contaban con resultado histológico confirmatorio para enfermedad trofoblástica gestacional, de las cuales (n=22) 79% eran del tipo histológico mola completa, 11%(n=3) de tipo coriocarcinoma, 7%(n=2), mola parcial y el 3%(n=1) de tipo mola invasora. **Conclusión:** La incidencia de enfermedad trofoblástica gestacional encontrada en este estudio fue menor que la reportada en México. Esta condición representa un problema de salud pública debido a sus posibles complicaciones y al riesgo de progresión a neoplasia, por lo que es importante establecer un diagnóstico, manejo oportuno y brindar el seguimiento adecuado.

**Palabras claves:** *Mola Hidatiforme, Neoplasias, Coriocarcinoma.*

## SUMMARY

**Introduction:** Gestational trophoblastic disease is a group of pathologies that have the potential for malignancy and neoplastic development, representing a percentage of morbidity and mortality in women of reproductive age. **Objective:** To describe the sociodemographic and clinical characteristics and calculate the incidence of cases of trophoblastic disease at the Regional High Specialty Hospital for Women in the period from June 2020 to December 2024. **Material and methods:** An observational, descriptive, retrospective, cross-sectional study was carried out at the regional high-specialty women's hospital in Villahermosa, Tabasco, from January 2020 to December 2024. 28 patients diagnosed with GTD were included. **Results:** Of the 28 patients who met all inclusion criteria, 100% had a positive result for gestational trophoblastic disease, of which (n=22) 79% were of the complete mole histological type, 11% (n=3) of the choriocarcinoma type, 7% (n=2) of the partial mole and 3% (n=1) of the invasive mole type. **Conclusions:** The incidence of gestational trophoblastic disease found in this study was lower than that reported in Mexico. This condition represents a public health problem due to its potential complications and the risk of progression to neoplasia, so it is important to establish a diagnosis, manage it promptly, and provide appropriate follow-up.

**Key words:** *Hydatidiform Mole, Neoplasms, Choriocarcinoma*

<sup>(1)</sup> Residente de Ginecología y Obstetricia. Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer, Tabasco, México.

<sup>(2)</sup> Especialista Ginecología y Obstetricia, Subespecialista en Medicina Materno Fetal. Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer, Tabasco, México.

<sup>(3)</sup> Especialista Anatomía Patológica, Jefe del Servicio de Patología en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer, Tabasco, México.

<sup>(4)</sup> Maestra en Salud Pública, Jefa de Investigación. Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer, Villahermosa, Tabasco, México.

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad trofoblástica gestacional comprende un conjunto de patologías originadas a partir del epitelio trofoblástico. Esta entidad se clasifica en mola completa, generalmente de origen diploide paterno, mola parcial—frecuentemente triploide—, mola invasiva, tumor trofoblástico del lecho placentario, tumor trofoblástico epitelioide y coriocarcinoma.<sup>1,2,3</sup> Los principales factores de riesgo documentados son la edad materna avanzada y antecedentes previos de gestación molar.

La frecuencia de la enfermedad trofoblástica es variable en el mundo, siendo mayor en los países orientales. En Norteamérica, Sudamérica y Europa la enfermedad trofoblástica gestacional se presenta en cerca de 1 de cada 500 a 1000 gestaciones.<sup>3,4,5</sup>

En pacientes con sospecha de esta patología, se recomienda realizar manejo quirúrgico mediante legrado o aspiración manual endouterina. Este tratamiento es considerado ideal en aquellas pacientes que manifiestan deseo reproductivo a futuro.

La persistencia de enfermedad trofoblástica gestacional tras un segundo legrado incrementa la probabilidad de requerir quimioterapia. En mujeres perimenopáusicas o que no desean preservar la fertilidad, se recomienda considerar la histerectomía y la salpinguectomía bilateral como tratamiento inicial para la enfermedad trofoblástica gestacional.<sup>6,7,8</sup>

La detección temprana de la neoplasia trofoblástica gestacional es fundamental, ya que el retraso en el diagnóstico se asocia con un peor pronóstico y un incremento en la morbilidad y mortalidad materna.<sup>6</sup>

Nuestro objetivo es realizar una descripción de las características sociodemográficas clínicas y cálculo de la incidencia de casos de enfermedad trofoblástica en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer en el periodo comprendido entre enero del 2020 a diciembre del 2024.

## MATERIAL Y MÉTODO

Este es un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal, realizado en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer en Villahermosa, Tabasco, durante el periodo comprendido entre enero de 2020 y diciembre de 2024. La población del estudio incluyó 28 expedientes de pacientes diagnosticadas con enfermedad trofoblástica gestacional que recibieron atención en el hospital durante el periodo de estudio. Se analizaron variables como la edad, antecedentes gineco-obstétricos, manifestaciones clínicas, resultados de cuantificación de HCG superiores al rango normal, tratamiento recibido, complicaciones y hallazgos histopatológicos confirmatorios de ETG. Los datos se

procesaron en el paquete estadístico SPSS v.25. Para las variables numéricas se emplearon medidas de tendencia central y dispersión, en las variables cualitativas se utilizaron valores absolutos y porcentajes.

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la realización de esta investigación se solicitó la autorización al Comité de Ética en Investigación del Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer. La presente investigación se apega a la declaración de Helsinki y al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, siendo una investigación de riesgo tipo I, ya que se trata de un estudio retrospectivo de revisión de expedientes.

## RESULTADOS

Se incluyeron un total de 28 pacientes que cumplieron con todos los criterios de inclusión. Durante el periodo del estudio se registraron 27,968 nacimientos, lo que representa una incidencia de enfermedad trofoblástica de 1 por cada 1,000 nacimientos.

Las pacientes presentaron una edad media de 29 años, con un rango de 14 a 49 años (Gráfica 1). En cuanto a antecedentes obstétricos, el 3.6% correspondió a primigestas, el 7% a secundigestas y entre el 22% y 29% a multigestas, con un promedio estimado de 4 embarazos. De este grupo, únicamente el 18% reportó antecedentes de abortos en gestaciones previas y el 3.5% (n=1) presentó antecedente de gestación molar previa. (Gráfica 2 y 3).

El 93% de las pacientes evaluadas presentaron sintomatología sugestiva de enfermedad trofoblástica gestacional (ETG), mientras que el 7% correspondió a pacientes asintomáticas. La totalidad de las pacientes incluidas contaba con hallazgos ultrasonográficos compatibles con ETG y presentaban elevación de la fracción beta de la gonadotropina coriónica, con una media de 1,264,062.11 mUI/mL, un valor mínimo de 24,332 mUI/mL y un máximo de 24,363,000 mUI/mL. (Gráfica 4).

Del total, el 79.0% (n=22) fueron diagnosticadas con mola completa, el 11% (n=3) con coriocarcinoma, el 7% (n=2) con mola parcial y el 3% (n=1) con mola invasora (Tabla 1).

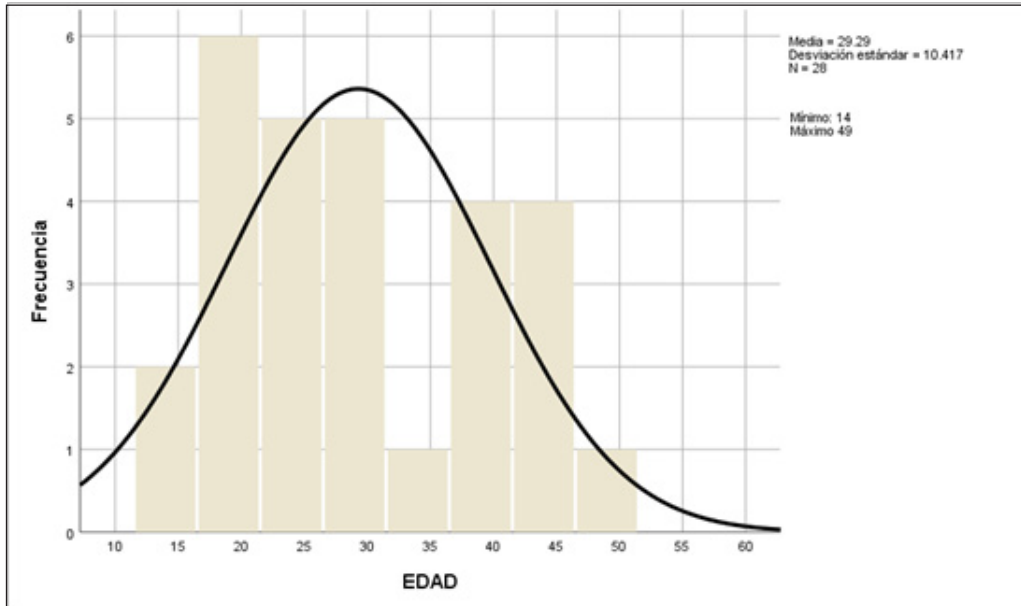
El 61% de las pacientes (n=17) recibieron tratamiento mediante aspiración manual endouterina. Un 14% (n=4) requirió intervención con AMEU y Metotrexato, mientras que otro 14% (n=4) fue sometido a histerectomía total además de

la realización de AMEU. Finalmente, al 11% de las pacientes (n=3) se les remitió al servicio de oncología para continuar con el tratamiento y seguimiento correspondiente (Tabla 2).

Las complicaciones más frecuentes observadas en las pacientes fueron: anemia en un 21% (n=6), hemorragia en

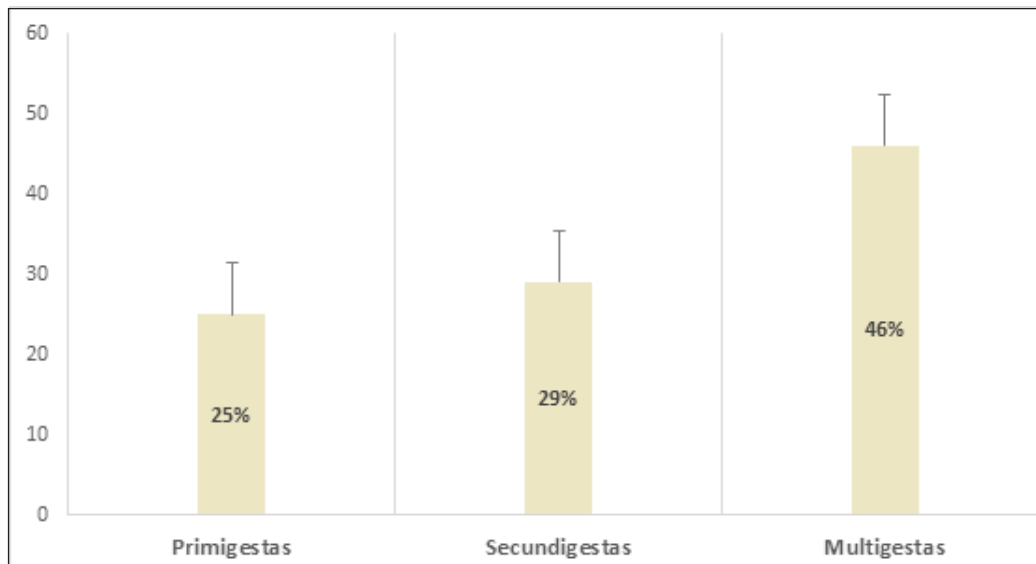
un 11% (n=3), e hipertiroidismo en un 7% (n=2). De estas últimas, un 3% (n=1) desarrolló manifestaciones clínicas y bioquímicas de tirotoxicosis. Además, se documentó preeclampsia en un 3% (n=1), persistencia de la enfermedad en un 7% (n=2) y enfermedad metastásica en un 3% (n=1). (Gráfica 5).

**Gráfica 1.** Edad de las pacientes con ETG.



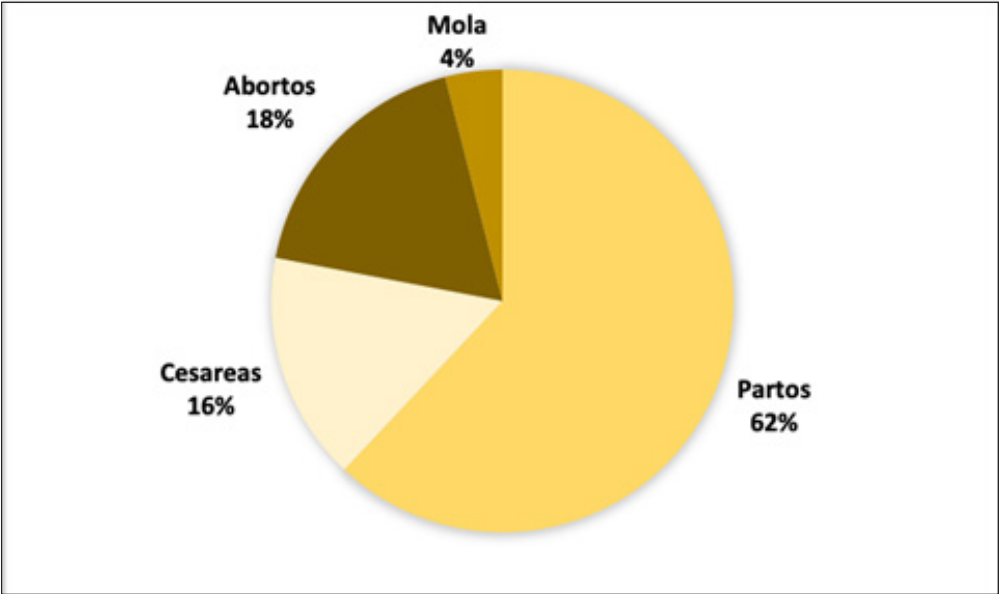
Fuente: Expediente clínico 2020-2024.

**Gráfica 2.** Antecedentes de gestaciones previas.



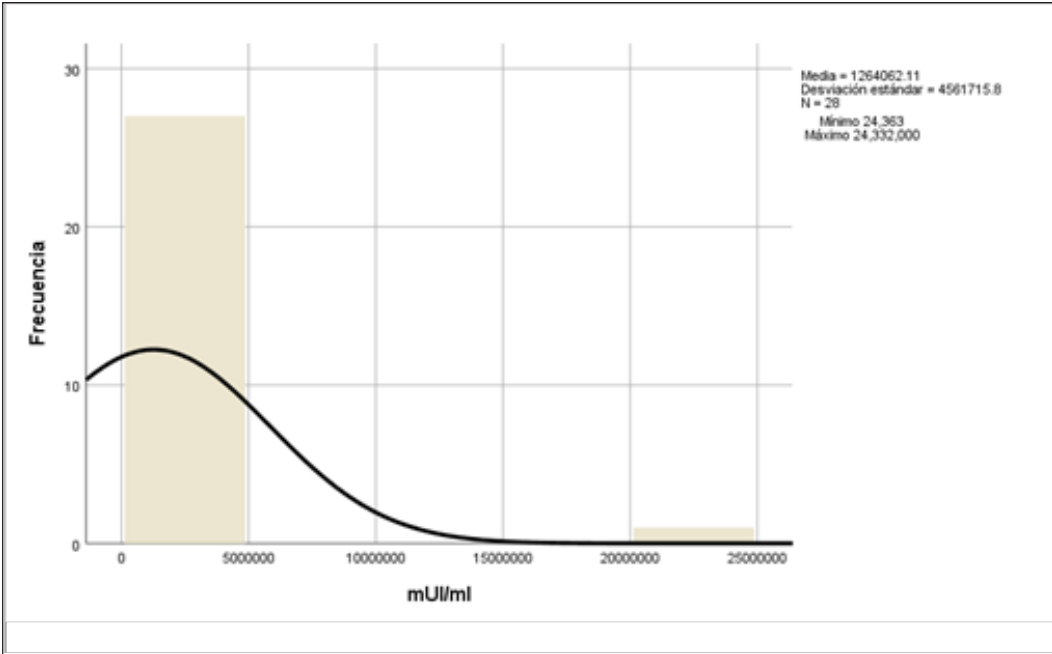
Fuente: Expediente clínico 2020-2024.

Gráfica 3. Antecedentes de gestaciones previas.

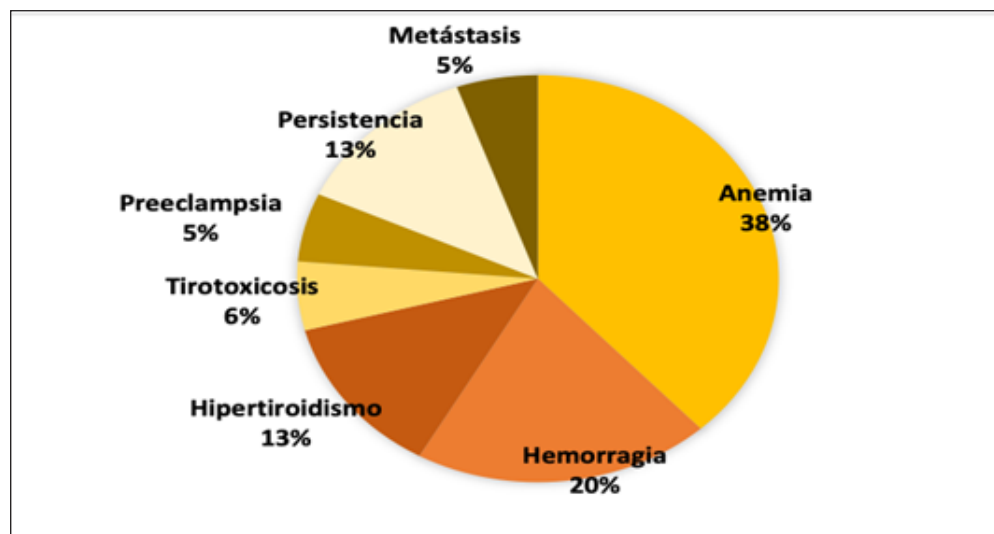


Fuente: Expediente clínico 2020-2024.

Gráfica 4. Valor de la Hormona gonadotropina coriónica humana.



Fuente: Expediente clínico 2020-2024.

**Gráfica 5.** Complicaciones de pacientes con ETG.

Fuente: Expediente clínico 2020-2024.

**Tabla 1.** Diagnóstico histopatológico de ETG.

Diagnóstico histopatológico	Frecuencia	Porcentaje
Mola completa	22	79
Coriocarcinoma	3	11
Mola parcial	2	7
Mola invasora	1	3
Total	28	100

Fuente: Expediente clínico 2020-2024.

**Tabla 2.** Tratamiento de pacientes con ETG.

Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
AMEU	17	61
AMAEU / Metrotexato	4	14
AMEU / Histerectomía total	4	14
Referencia a oncología	3	11
Total	28	100

Fuente: Expediente clínico 2020-2024.

## DISCUSIÓN

En nuestro estudio se observó una incidencia de enfermedad trofoblástica de 1 por cada 1,000 nacimientos, cifra que coincide con lo reportado por Lozano-Vidal,<sup>9</sup> quien señala que la incidencia mundial de la enfermedad trofoblástica gestacional se estima en 1 caso por cada 1,000 embarazos, siendo esta tasa más elevada en el continente asiático. Por otra parte, Ochoa-Reinoso<sup>5</sup> indica que en Latinoamérica la incidencia es de aproximadamente 4.6 casos por cada 1,000 embarazos, mientras que en México, Hernández-Flores<sup>10</sup> menciona una incidencia de 2.4 casos por cada 1,000 embarazos.

En el presente estudio, la mayoría de las pacientes diagnosticadas con enfermedad trofoblástica gestacional se situaron en los extremos de la vida reproductiva, con edades comprendidas entre los 14 y 49 años. Este hallazgo concuerda con lo reportado por Ochoa-Reinoso,<sup>5</sup> quien identifica como factor de riesgo una edad menor a 15 años y mayor a 40 años. Por su parte, Mir-Espinosa<sup>11</sup> señala que la incidencia de esta patología aumenta posteriormente a los 35 años, una cifra ligeramente inferior a la observada en nuestra cohorte. De manera similar, Lozano-Vidal<sup>9</sup> menciona la edad materna superior a 40 años como factor de riesgo. Horowitz<sup>12</sup> destaca que las pacientes menores de 15 años y mayores de 45 años presentan un riesgo incrementado —de 5 a 10 veces— de desarrollar gestación molar, atribuyéndose este aumento al mayor riesgo de gametogénesis y fertilización anómalas del óvulo en los extremos de la edad reproductiva, según Ngan.<sup>13</sup>

Entre el 22% y el 29% de las pacientes estudiadas eran multigestas, con entre 6 y 8 embarazos. Según Ochoa-Reinoso,<sup>5</sup> este factor eleva la morbimortalidad materna al afectar la función y elasticidad del miometrio, aumentando riesgos como hemorragia y enfermedad trofoblástica gestacional. Joyce<sup>14</sup> señala que la mayoría de los embarazos molares siguen a eventos obstétricos previos, incluidos abortos; en nuestro estudio, el 18% tenía antecedentes de aborto, tratándose un 10% con aspiración endouterina y un 7% con legrado instrumentado. Soper<sup>2</sup> informa que una de cada 600 pacientes con aborto previo puede desarrollar un embarazo molar, riesgo mayor en quienes tienen abortos recurrentes, como también señala Blanco-Hernández<sup>1</sup> en Cuba.

Espíndola,<sup>7</sup> en su estudio realizado en Brasil, indica que clínicamente esta patología se presenta mediante sangrado transvaginal. Por su parte, Blanco-Hernández<sup>1</sup> señala que la hemorragia ocurre principalmente durante el primer trimestre del embarazo, entre las semanas 6 y 16 de gestación. Flores-Naranjo<sup>15</sup> menciona que dicho sangrado puede ser abundante y, en ocasiones, estar acompañado de

dolor abdominal. Asimismo, Hernández-Albino<sup>16</sup> reporta que puede observarse un crecimiento uterino mayor al esperado para la edad gestacional, asociado a síntomas sugestivos de embarazo como náuseas y vómitos. Estos hallazgos concuerdan con lo observado en el presente estudio, donde el 93% de las pacientes presentaron clínica sugestiva de ETG, mientras que el 7% restante eran asintomáticas.

Joyce<sup>14</sup> señala en su estudio que la ultrasonografía permite diagnosticar el 88% de las molas hidatiformes completas y el 56% de las molas hidatiformes parciales. En nuestra investigación, el 100% de las pacientes presentaron hallazgos ultrasonográficos sugestivos de enfermedad trofoblástica gestacional.

Mir-Espinosa<sup>11</sup> (2021) en Ecuador indica que en gestaciones normales la elevación de la HGC ocurre entre las semanas 9 y 14 de gestación. Llivicura-Suczhañay<sup>17</sup> señala que los valores pueden superar los 100,000 mUI/ml, lo cual concuerda con nuestros resultados observados, donde el 100% de las pacientes presentaron una elevación de la hormona gonadotropina coriónica fracción beta, con una media de 1,264,062.11 mUI/mL, un valor mínimo de 24,363 mUI/mL y un máximo de 24,332,000 mUI/mL. Mattos<sup>18</sup> en Brasil menciona que estos niveles elevados de HCGB se asocian a alteraciones como hiperemesis, hipertiroidismo, tirotoxicosis y persistencia de la enfermedad, comúnmente observándose a partir de 100,000.00 mIU/mL. En este estudio, las complicaciones más frecuentes fueron hemorragia, anemia, hipertiroidismo, tirotoxicosis y preeclampsia.

En nuestro estudio, se observó que el 100% de los casos presentaron resultado histopatológico positivo para enfermedad trofoblástica gestacional. La clasificación de la mola hidatiforme se realiza en dos grupos: parcial y completa, de acuerdo con el cariotipo y los hallazgos histopatológicos. En esta investigación, predominó la mola completa con un 79% (n=22) de los casos, lo cual es consistente con lo reportado por Verduzco-Heredia<sup>19</sup> (2024). El 7% (n=2) correspondió a mola parcial, porcentaje menor al informado por Hernández-Flores,<sup>10</sup> quien reportó un 44% (n=25). Además, el 11% (n=3) de los casos fueron diagnosticados como coriocarcinoma, y el 3% (n=1) como mola invasora. No se identificaron casos de tumor epitelioide del sitio placentario.

## CONCLUSIÓN

La incidencia de enfermedad trofoblástica gestacional encontrada en este estudio fue menor que la reportada en México. Esta condición representa un problema de salud pública debido a sus posibles complicaciones y al riesgo de

progresión a neoplasia, por lo que es importante establecer un diagnóstico, manejo oportuno y brindar el seguimiento adecuado.

## REFERENCIAS

1. Blanco-Hernández LR. Manejo de la neoplasia trofoblástica gestacional. A propósito de un caso. *Rev Méd Electrón.* 2024; 46:e5335. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242024000100015&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242024000100015&script=sci_arttext&tlng=en)
2. Soper JT. Gestational Trophoblastic Disease: Current Evaluation and Management. *Obstet Gynecol.* 2022;139(1):149. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004589>
3. Ezpeleta JM, López A. Enfermedad trofoblástica gestacional. Aspectos clínicos y morfológicos. *Rev Esp Patol.* 2002;35(2):187-200. Disponible en: <http://www.patologia.es/volumen35/vol35-num2/35-2n07.htm>
4. Tienda-Pimentel M, Santos-Zapata R, Sánchez-Valdivieso E. Tumor trofoblástico de sitio placentario secundario a mola parcial. Reporte de un caso. *Ginecol Obstet Mex* 2023;91(4):264-268. <https://doi.org/10.24245/gom.v91i4.7831>.
5. 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.* 2020;3(3):56-70. <https://doi.org/10.33262/anatomiadigital.v3i3.1383>.
6. Coronado P, Marquina G, Diestro M, Alonso S, Sánchez A, David Hardisson D, et al. Enfermedad trofoblástica gestacional. Guía de Asistencia Práctica. *Prog Obstet Ginecol.* 2020;63(3):165-184. Disponible en: <https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n3/05-GAP-enfermedad-trofoblastica-gestacional.pdf>.
7. cherulli Espindula D, Coelho D, Selestino J, Basaglia L, Coutinho L, da Costa M, et al. Abordagem cirúrgica e clínica na Doença Trofoblástica Gestacional. *Braz J Health Rev, Curitiba.* 2024;7(5):1-22. <https://doi.org/10.34119/bjhrv7n5-047>.
8. Seco M, Monsalve N, Noguera ME. Evaluación histeroscópica posterior a legrado en la enfermedad trofoblástica gestacional. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2020;80(3):215-226. Disponible en: [https://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0048-77322020000300215&script=sci\\_arttext](https://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0048-77322020000300215&script=sci_arttext).
9. Lozano-Vidal M, Sánchez-Reyman J, Machuca-Aguado J, Sánchez-Bernal ML, Martínez-Roche MI. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de una paciente con una neoplasia trofoblástica gestacional. *Ginecol Obstet Mex.* 2023;91(3):210-217. <https://doi.org/10.24245/gom.v91i3.7748>.
10. Hernández-Flores SE, Vega-Memije ME, Niebla-Cárdenas D, Audifred-Salomón JR, Hal-Ramírez WB. Incidencia de enfermedad trofoblástica gestacional en un hospital general. *Ginecol Obstet Mex.* 2016;84(6):377-382. Disponible en: <https://ginecologiayobstetricia.org.mx/articulo/incidencia-de-enfermedad-trofoblastica-gestacional-en-un-hospital-general>.
11. Mir-Espinosa YL, Rodríguez-Reigosa JE, Martínez-Ávila DR, Parchment-Vitón M, Mestre-Fernández BF, De Quesada-Amigó M, et al. Caracterización clínica y resultados del tratamiento de pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional maligna. *Rev. cuba. oncol.* 2021;19(1): e\_69. Disponible en: <https://revoncologia.sld.cu/index.php/onc/article/view/69/0>.
12. Horowitz NS, Eskander RN, Adelman MR, Burke W. Epidemiology, diagnosis, and treatment of gestational trophoblastic disease: A Society of Gynecologic Oncology evidenced-based review and recommendation. *Gynecol Oncol.* 2021;163(3):605-613. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2021.10.003>.
13. Ngan HYS, Seckl MJ, Berkowitz RS, Xiang Y, Golfier F, Sekharan PK, et al. Diagnosis and management of gestational trophoblastic disease: 2021 update. *Int J Gynaecol Obstet.* 2021;155(Suppl 1):86-93. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13877>
14. Joyce CM, Fitzgerald B, McCarthy TV, Coulter J, O'Donoghue K. Advances in the diagnosis and early management of gestational trophoblastic disease. *BMJ Med.* 2022;1(1):e000321. <https://doi.org/10.1136/bmjmed-2022-000321>.
15. Flores-Naranjo P. Gestational Trophoblastic Disease: A Case Report. *Publicare.* 2022;2(1):35-45. [https://doi.org/10.56931/pb.2022.21\\_10](https://doi.org/10.56931/pb.2022.21_10).
16. Hernández-Albino MF, Padrón-Arredondo G. Mola hidatiforme completa en mujer premenopáusica. Caso clínico. *Ginecol Obstet Mex,* 2023;91(5):377-381. <https://doi.org/10.24245/gom.v91i5.8077>.
17. Llivicura-Sucuzhañay JA, Mejia-Campoverde LH. Histerectomía por embarazo molar completo. Reporte de caso. *MQRInvestigar.* 2023;7(3):1208-1221. <https://doi.org/10.56048/MQR20225.7.3.2023.1208-1221>.
18. Mattos AC, Novais DF, Reis G, Rocha GR, Prudencio M, Correia V. Diagnóstico, tratamento e seguimento da mola hidatiforme: uma revisão bibliográfica. *REAC/EJSC.* 2020;13:e5184. <https://doi.org/10.25248/reac.e5184.2020>.
19. Verdusco-Heredia MA, Niño-García MJ, García-Zalapa BC, Villaseñor-Aguirre M, Caballero-García F, Picazo-Carranza AR. Enfermedad Trofoblastica Gestacional; Mola Completa con Feto Vivo Coexistente, Reporte de Caso. *Ciencia Latina Rev. Cient. Multidiscip.* 2024;8(2): 6542-6554. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v8i2.11075](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i2.11075).