

INCIDENCIA DE ENFERMEDAD TROFOBLASTICA EN EL HOSPITAL GINECO OBSTETRICO "ISIDRO AYORA" EN 1983

Dr. VIRGILIO TERAN V., Dr. ANDRES CALLE M., Obst. MARCIA MENDOZA V., Dr. CARLOS DOMINGUEZ Z., Dra. CARMEN ALVAREZ y Dr. JAIME ZAPATA

Hospital Isidro Ayora y Facultad de Medicina, Quito

RESUMEN

Se realiza un estudio retrospectivo de enfermedad trofoblástica en el Hospital Gineco Obstétrico "Isidro Ayora" en el año 1983. Se discuten los factores que pueden influir en su génesis como edad, número de gestaciones y condiciones socioeconómicas. La incidencia para dicha patología en el año indicado es de 1 por cada 688 gestaciones. (*Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)*, 11:145, 1986).

La íntima relación entre mola hidatiforme y coriocarcinoma se manifiesta en la epidemiología de estas enfermedades. El coriocarcinoma puede aparecer después de cualquier gestación, pero el riesgo aumenta cuando existe un cuadro de mola (1). La mola hidatiforme pertenece a un grupo de lesiones neoplásicas del tejido trofoblástico, que incluye además el corioadenoma destrúens (mola invasiva) y el coriocarcinoma. La mola hidatiforme constituye la fase final de un embarazo con degeneración de las vellosidades, las cuales se vuelven hidrópicas y el trofoblasto experimenta proliferación (2). El corioadenoma destrúens demuestra invasión local del miometrio por las vellosidades de la mola, en tanto que el coriocarcinoma es un tumor invasor, generalmente metastásico (3). La incidencia de la mola se expresa en relación al número total de embarazos en una comunidad. En el año de 1983, en la maternidad "Isidro Ayora" se produjeron 20.666 gestaciones, de ellos 30 casos de enfermedades trofoblásticas,

lo que da una incidencia de 1 por 688 gestaciones. En los Estados Unidos, esta incidencia es de 1: 1700, mientras que en Indonesia es de 1:85 gestaciones (5). En la China, un estudio retrospectivo de 7.5 millones de embarazos revelan 5.863 molas, lo que da una incidencia de 1: 1290 gestaciones (11).

MATERIALES Y METODOS

Historias clínicas de pacientes diagnosticadas de enfermedad trofoblástica en el hospital Gineco-Obstétrico "Isidro Ayora" en el año 1983, desde enero a diciembre, las mismas que fueron tomadas del servicio de estadística del hospital, incluyendo en todas el estudio histopatológico correspondiente.

RESULTADOS

La tabla 1, demuestra la incidencia de la enfermedad trofoblástica por edad.

Tabla 1.— *Enfermedad trofoblástica y edad*

EDAD	CASOS	o/o
15 — 19 años	1	3.3
20 — 24 años	8	26.6
25 — 29 años	8	26.7
30 — 34 años	4	13.3
35 — 39 años	2	6.6
40 — 44 años	3	10.0
45 — 49 años	3	10.0
50 — 54 años	1	3.3
TOTAL	30	100

En nuestro estudio la mayor incidencia de enfermedad trofoblástica se encontró entre los 20 a 24 años, en tanto que la menor incidencia se encuentra en menores de 19 años y mayores de 50 años.

La mayoría de los autores coinciden en que el riesgo de un embarazo molar es mayor en mujeres por sobre los 40 años (1); en tanto que otros autores, como Slocumb y Lund (4) sugieren que las mujeres jóvenes tienen sustancialmente mayor riesgo. Bagshawe y cols. (5), Teoh y cols. (6) y Hayashi y cols. (7), mantienen la opinión de que las cifras de incidencia son mayores en mujeres jóvenes. Es posible que el número de enfermedades trofoblásticas disminuya en el grupo de mayor edad, por cuanto las gestaciones en este grupo etario son menores en relación a mujeres más jóvenes y que es lo que en forma aparente disminuiría su incidencia.

La tabla 2, demuestra la incidencia de la enfermedad trofoblástica por el número de gestaciones.

La mayor incidencia es notable en mujeres con menos de 6 gestaciones y especialmente en mujeres que han tenido un número menor a 3 gestaciones. Con frecuencia se asocia la paridad con la incidencia de mola, pero es probablemente una consecuencia indirecta del efecto de la edad materna sobre la incidencia (1). Matalon y cols. (8), y Yen y cols. (9), en estudios en los cuales examinan la paridad con control de la edad materna, no encuentran efecto de la pari-

Tabla 2.— *Enfermedad trofoblástica y número de gestaciones*

GESTACIONES	CASOS	o/o
1 — 3	14	46.7
4 — 6	8	26.7
7 — 9	3	10.0
10 — 12	3	10.0
13 — 15	1	3.3
16 — 18	1	3.3
TOTAL	30	100.0

dad en la incidencia de enfermedad trofoblástica.

La tabla 3, relaciona el estado socioeconómico con la incidencia de enfermedad trofoblástica.

Tabla 3.— *Condición socioeconómica y enfermedad trofoblástica*

C.S.E.	CASOS	o/o
Mala	6	20.0
Regular	19	63.3
Buena	5	16.6
TOTAL	30	100.0

La clasificación del estado socioeconómico es uno de los parámetros de más difícil evaluación y para el presente caso hemos tomado en cuenta datos de ingreso familiar y presencia de servicios básicos sanitarios.

Se calificó como Mala: ingreso menor de 4000 sucres mensuales, sin servicios sanitarios básicos; regular: ingresos entre 4000 y 6000 sucres mensuales, con o sin servicios sanitarios básicos; buena: ingresos mayores de 6000 sucres mensuales, con servicios sanitarios básicos. (En 1983, 4000 sucres mensuales era el mínimo vital).

La mayor incidencia de la enfermedad se encuentra en el estado socioeconómico calificado como regular, a pesar que el tipo de paciente

que generalmente acude por los servicios del hospital objeto del estudio, es aquella persona de bajas condiciones socioeconómicas. En el Asia, Acosta-Sison (10), señala que la mala alimentación y el bajo nivel socioeconómico aumenta la incidencia de molas; pero, Bagshave y cols. (5), en estudios realizados en Inglaterra, no encuentra ninguna relación en la incidencia al respecto del estado socioeconómico.

La tabla 4, clasifica la incidencia de cada una de las enfermedades trofoblásticas.

Tabla 4.—Incidencia de enfermedades trofoblásticas

PATOLOGIA	CASOS	o/o
Mola Hidatiforme	23	76.6
Coriocarcinoma	6	20.0
Corioadenoma destrúens	1	3.3
TOTAL	30	100.0

De los 30 casos de enfermedad trofoblástica, en forma sorprendente 6 casos se presentan como coriocarcinoma que es un porcentaje alto. El coriocarcinoma tiene un riesgo de aparición después de una mola del 2 al 30/o (1); pero, en nuestro estudio el riesgo fue del 20/o; esta patología se presentó en los casos de mayor edad materna. Nakano (10), afirma que el riesgo de complicación maligna de una mola, aumenta con la edad materna. El corioadenoma destrúens o mola invasiva tiene una incidencia menor a la que nosotros hemos encontrado.

CONCLUSIONES

La mayor incidencia de la enfermedad trofoblástica se encontró en mujeres menores de 29 años de edad, quizá porque en este grupo etario es mayor el número de gestaciones.

Las gestaciones con mayor incidencia de enfermedad trofoblástica fue de pacientes con menos de 3 gestaciones, pero este dato no puede ser determinante por cuanto no se controló

la edad.

Es indudable que el tipo de paciente que acude a la maternidad "Isidro Ayora" es en su gran mayoría del nivel socioeconómico medio y bajo y por ello la incidencia es mayor.

Se encuentra una alta incidencia, en relación a otros estudios de coriocarcinoma, quizá porque el período de un año en estudio es muy corto para este tipo de análisis.

La incidencia de enfermedad trofoblástica en la maternidad "Isidro Ayora" en el año de 1983, fue de 1 por cada 688 gestaciones.

El alto porcentaje (20/o) de degeneración maligna de la mola en el año de 1983, constituye un factor alarmante sobre la peligrosidad de la mola en nuestro hospital.

BIBLIOGRAFIA

1. Buckey, J.: Epidemiología del embarazo molar y del coriocarcinoma. *Clin. Obstet. Gynecol.*, 1: 199, 1985.
2. Frohlich, E.: *Raypins Medical Secensuse Examinations*, ed XIII, Lippineott Company, Philadelphia, p. 825, 1981.
3. Acosta-Sison: *Diaseses of the chorion: hydatiform mole, syncytioma and choriocarcinoma.* GrennHill, *Obstetrica*, ed XIII, Philadelphia and London, W.B. Saunders, p. 53, 1965.
4. Slocumb, J.C., Lund, C.J.: Incidence of trofoblastic disease: increased trate in yoingest age group. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 104: 421, 1969.
5. Bagshave, K.D., Lawler, S.D.: *Choriocarcinoma.* In: *Cancer epidemiology and prevention.* Schattenfeld D., Fraumeni J.F., ed. Philadelphia: W.B. Saunders, p. 909, 1982.
6. Teoh, E.S., Dawood, M.Y., Ratnam, S.S.: Epidemiology of hydatiforme mole in Singapore. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 110: 415, 1971.
7. Hayashi, K., Bracken, M.B., Freeman, D.H., Hellenbrand, K.: Hydatiforme mole in the United States (1970-1977): a statistical and theoretical analysis. *Am. J. Epid.*, 89: 258, 1982.
8. Matalon, M., Modan, B.: Epidemiologic aspects

- of Hydatidiforme mole in Israel. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 112: 107, 1972.
9. Yen, S., MacMahan, B.: Epidemiologic features of trophoblastic disease. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 101: 126, 1968.
 10. Nakano, R., Sasaki, K., Yamoto, M., Hata, H.: Trophoblastic disease: analysis of 342 patients. *Gynecol Obstet. Invest.*, 11: 237, 1980.
 11. Song, H., Wu, B., Tang, M., Wang, Y.: Trophoblastic tumors: diagnosis and treatment. Chinese Academy of Medical. Science. *Beijing Chine*, 1981.