

## MORBILIDAD RELACIONADA AL LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL EN LA ENFERMEDAD TROFOBLASTICA GESTACIONAL

### Morbidity related to instrumental curettage in gestational trophoblastic disease

C.E.R<sup>1</sup> Néstor Fabián Valladares<sup>2</sup>, Fátima Moreno<sup>3</sup>

#### Resumen

La enfermedad trofoblástica gestacional comprende un conjunto de patologías caracterizadas por crecimiento e invasión anormal del trofoblasto, con una incidencia 1 en 100 embarazos la cual es manejada con legrado uterino instrumental, la cual puede traer complicaciones relacionadas al procedimiento.

**Objetivo:** Conocer la morbilidad de las pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional, sometidas a legrado uterino instrumental, en el Hospital Materno Infantil del 1 de julio de 2008 al 30 de junio de 2010

**Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo transversal, se tomo en cuenta pacientes con diagnostico de enfermedad trofoblástica gestacional tomando una muestra de 100 pacientes que se sometieron a legrado uterino instrumental. Se analizo los síntomas más frecuentes de la enfermedad trofoblástica gestacional, tiempo y persona que realiza el procedimiento, número de legrado realizado en una sola persona y las complicaciones más frecuentes de este procedimiento

**Resultados:** El sangrado y dolor pélvico son datos clínicos más frecuente, las complicaciones más frecuentes relacionadas al legrado uterino instrumental son la retención de restos post legrado (38%), hemorragia (8%) y perforación uterina (6%), 31 personas tuvieron la

necesidad de 2 legrados y 7 la necesidad de 3 o más legrados. la mayoría de procedimiento (68 %) se realizo entre los 20 a 40 minutos.

**Conclusión:** El legrado uterino instrumental en la enfermedad trofoblástica gestacional trae como todo procedimiento quirúrgico morbilidad relacionada al procedimiento siendo el más frecuente la retención de restos post legrado.

**Palabras claves:** Legrado uterino instrumental, Enfermedad trofoblástica gestacional.

#### Abstract

Gestational trophoblastic disease is a group of disease characterized by abnormal growth and trophoblastic invasion, it has an incidence of 1 in 100 pregnancies, which is managed with curettage, which can bring us complications related to the procedure **Objective:** Study the morbidity of patients with gestational trophoblastic disease, subject to curettage in Materno Infantil Hospital from July 1, 2008 to June 30, 2010.

**Methods:** This is a descriptive study, detailing patients with a diagnosis of gestational trophoblastic disease taking a sample of 100 patients who underwent curettage. We analyzed the most common symptoms of gestational trophoblastic disease, time and person performing the procedure, number of curettage performed in a

<sup>1</sup> Comité Editorial de la Revista de Postgrados de Medicina UNAH, Dirección de Docencia e Investigación-HE: Dr. Carlos Vargas Pineda, Dr. Rolando-Aguilera-L, Dra. Guadalupe-Romero-A

<sup>2</sup> Médico Residente III, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Postgrado de Ginecología y Obstetricia

<sup>3</sup> Médico Ginecoobstetra, Jefe del Servicio de la Sala de Labor y Parto del Hospital Materno-Infantil.

single person and the most frequent complications of this procedure

[Escuchar](#)  
[Leer fonéticamente](#)

Diccionario - [Ver diccionario detallado](#)

**Results:** bleeding and pelvic pain is common clinical data, the most frequent complications related to curettage are remains retention post curettage (38 %), bleeding (8 %) and uterine perforation (6 %), 31 people had the need 2 curettage and 7 the need for 3 or more curettage. Most procedures (68%) took place from 20 to 40 minutes.

**Conclusion:** The instrumental curettage in gestational trophoblastic disease brings morbidity related to the procedure. The most frequent complication is remains retention post curettage (38%).

**Key Words:** Curettage, Gestational trophoblastic disease

---

## Introducción

Se conoce con el nombre de enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) a un conjunto de procesos benignos y malignos poco habituales, derivados de una proliferación anormal del trofoblasto de la placenta humana y del genoma paterno, con una contribución materna ocasional; incluye la mola hidatiforme completa invasiva o no, la mola parcial y los tumores trofoblásticos gestacionales, coriocarcinoma y tumor del lecho o sitio placentario (TSP) (1). Es

extremadamente raro hallar trastornos similares en otras especies diferentes a la humana. Estas enfermedades se consideran peculiares, ya que el producto de la concepción a partir del cual se originan, es genéticamente extraño al anfitrión materno.

La ETG representa un espectro único de patologías interrelacionadas con el denominador común de una hipersecreción de gonadotropina coriónica (hCG), que constituye un marcador tumoral sensible que se correlaciona bien con la progresión y persistencia de la enfermedad, excepto el TSP que produce lactógeno placentario (2), con tendencias variables a la invasión local y a las metástasis y se encuentra entre las raras enfermedades que se pueden curar, incluso en casos de extensa diseminación (3).

La mola hidatiforme es un producto de la concepción que se caracteriza por una hiperplasia trofoblástica y por la tumefacción edematosa de las vellosidades coriónicas, cuyo diámetro oscila entre 0,1 y 3 cm, adquiriendo la morfología de bandas y cúmulos de vesículas, que confieren el típico aspecto de «racimos de uvas». La variedad de mola hidatiforme más fácilmente identificable es la completa o clásica, en la que falta el feto y donde todas las vellosidades presentan degeneración hidrópica (fig. 1) y son avasculares aunque puede observarse algún vaso degenerado, siendo notable la hiperplasia del

citotroblasto y del sincitiotroblasto (4). Se suele identificar precozmente por un patrón ecográfico característico, descrito hace muchos años (5).

El segundo tipo de mola hidatiforme, la parcial, presenta al mismo tiempo características de una placenta de desarrollo normal y de una mola hidatiforme completa, con una gama de vellosidades desde normales a quísticas mientras que la hiperplasia trofoblástica es sólo focal y por lo general afecta a la capa sincitiotrofoblástica y se asocia con el festoneado del contorno de las vellosidades y la presencia de inclusiones trofoblásticas en el estroma (6). En algunos casos de mola hidatiforme parcial está presente el feto, pero su desarrollo es casi siempre anormal, y aunque en la mayoría de los casos el feto no está presente, puede deducirse la existencia de desarrollo fetal por la demostración de hematíes nucleados en los vasos e de las vellosidades el manejo de estas es la evacuación del tejido trofoblástico por medio del legrado uterino instrumental

### **Materiales y Métodos**

Fue un estudio descriptivo. Las pacientes que se escogieron para este estudio se captaron en la sala de patológico del Hospital Materno Infantil desde Julio 2008 hasta Junio 2010 que se presentaban con diagnóstico de embarazo molar a las cuales se le realizó legrado uterino instrumental.

La muestra para este estudio fue de 100 pacientes. Esta muestra se

obtuvo utilizando el programa estadístico EpiInfo (Stat-Calc, versión 3.5), donde el índice de confianza: 99%, con un 1% de proporción o prevalencia y 5% de proporción menos aceptable. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

Las pacientes que decidieron participar llenaron consentimiento informado. Se les realizó el procedimiento mediante la administración de anestesia intravenosa con sedación realizándose curetaje del tejido trofoblástico. Se realizó una encuesta a partir de 100 expedientes de paciente que presentaron enfermedad trofoblástica a las que se les realizó legrado uterino instrumental.

### **Resultados**

Se incluyeron 100 pacientes en el periodo comprendido entre Julio 2008 y Junio 2010. La edad media de las pacientes fue de 18 a 25 años, el 13.5 % eran nulíparas y el resto multíparas (86.5%). La mayoría de ellas se presentaron con sangrado transvaginal 92 % y dolor pélvico 60 % , las complicaciones más frecuentes relacionadas al legrado uterino instrumental son la retención de restos post legrado (38%), hemorragia (8%) y perforación uterina (6%)

**Tabla # 1**  
**Complicaciones desencadenadas por el legrado uterino instrumental**

<b>COMPLICACION</b>	<b>#</b>	<b>%</b>
RETENCION DE RESTOS	68	68
SANGRADO	8	8
PERFORACION	6	6

UTERINA

NINGUNO	80	80
---------	----	----

31 personas tuvieron la necesidad de 2 legrados y 7 la necesidad de 3 o más legrados.

**Tabla # 2**  
**Necesidad de legrado uterino instrumental por persona**

COMPLICACION	#	%
1 legrado	62	62
2 legrados	31	31
3 o mas legrados	7	7

La mayoría de los LUI se realizaron en turno C (44%) y turno B (36 %), el tiempo de realización en la mayoría de los casos fue de 20 a 40 minutos en la realización del legrado

**Tabla 3. Tiempo operatorio del legrado uterino instrumental**

Rango en minutos	Numero	frecuencia
Menos de 20	16	16
20-40	68	68
Mayor de 40	16	16
Total	100	100

**Discusión**

La enfermedad trofoblástica gestacional es una entidad que el ginecobstetra maneja con la evacuación de tejido trofoblástico siendo uno de los métodos más usados el curetaje por medio de legrado uterino instrumental y el seguimiento de la fracción beta de la gonatropina corionica humana. Este procedimiento trae como muchos otros, complicaciones entre ellos la retención de restos post legrado, la hemorragia transoperatoria,

perforación uterina, infección uterina, embolias y las relacionadas a la anestesia. En nuestro caso de muestra de pacientes a las que se les realizó el legrado uterino instrumental encontramos la retención de restos post legrado, la hemorragia y la perforación uterina como las complicaciones más frecuentes al procedimiento. Dentro de las limitantes del estudio es que no todos los expedientes tenían consignado si hubo o no alguna complicación relacionada al procedimiento, o la estimación de sangrado transoperatoria en la nota operatoria. En vista de la morbilidad relacionada al legrado uterino instrumental en la enfermedad trofoblástica es imperativo tener un buen conocimiento de la técnica quirúrgica adecuada del legrado uterino para evitar lo más posible las complicaciones de este procedimiento.

**Bibliografía**

1. M Mazur MT, Kurman RJ. Gestational trophoblastic disease and related lesions. En: Kurman RJ editor. Blaunstein's pathology of the female genital tract. 4th ed. New York: Springer-Verlag. 1994, p. 1049-93.
2. Kurman RJ, Young RH, Norris HJ, Main CS, Lawrence WD, Scully RE. Immunocytochemical localization of placental lactogen and chorionic gonadotrophin in the normal

- placenta and trophoblastic tumors, with emphasis on intermediate trophoblast and the placental site trophoblastic tumor. *Int J Gynecol Pathol* 1984; 3: 101-21.
3. Berkowitz RS, Goldstein DP. The management of molar pregnancy and gestational trophoblastic tumours. En Knapp RC, Berkowitz RS, editores. *Gynecologic Oncology*, 2nd ed. New York: Mc Graw-Hill 1992, p. 328-38.
  4. Lawler SD, Povey S, Fisher RA, Pickthall VJ Genetic studies on hydatidiform moles. II. The origin of complete moles. *Ann Hum Genet.* 1982; 46(Pt 3): 209-22.
  5. Ohama K, Kajii T, Okamoto E, Fukuda Y, Imaizumi K, Hagiwara K. Dispermic origin of XY hydatidiform moles. *Nature.* 1981; 292: 551-2.
  6. Fishman DA, Padilla LA, Keh P, Cohen L, Frederiksen M, Lurain JR Management of twin pregnancies consisting of a complete hydatidiform mole and normal fetus. *Obstet Gynecol.* 1998; 91: 546-50.
  7. Puras A, Ezpeleta JM. Hallazgos morfológicos en la unidad feto-placentaria relacionados con la interrupción espontánea del embarazo. *Rev Esp Patol* 1998; 31: 237-246.
  8. Lage JM, Mark SD, Roberts DJ, Goldstein DP, Bernstein MR, Berkowitz RS. A flow cytometric study of 137 fresh hydropic placentas: correlation between types of hydatidiform moles and nuclear DNA ploidy. *Obstet Gynecol.* 1992; 79: 403-10.