

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN - MANAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



**TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA**

Tema

Comportamiento clínico epidemiológico en pacientes diagnosticadas con Coriocarcinoma en el Hospital Bertha Calderón Roque del año 2013 al 2016

Autor

Dra. Ross Neliffer Pizarro Cajina
Médico residente IV año
Especialidad de Gineco Obstetricia

Tutor

Dr. Wagner Espinoza
Médico internista/Oncología Médica

Managua, Marzo 2018

DEDICATORIA

Dedico este trabajo monográfico a todas las pacientes diagnosticadas y tratadas con cáncer en el Hospital Bertha Calderón Roque; a aquellas guerreras que no se han dejado vencer ante la lucha de la vida.

A todos los Oncólogos de esta unidad asistencial, que día a día dan todo por sus pacientes.

A todos mis compañeros residentes, que damos nuestro mejor esfuerzo y trabajo, aquellos que con cariño velamos por el bienestar de las pacientes a quienes tanto respetamos.

AGRADECIMIENTO

A Dios nuestro señor por prestarme la vida y darme el privilegio de coronar con tanto esfuerzo la carrera que tanto he anhelado.

A mis padres, quienes con sacrificio, amor y entrega, permitieron que mi sueño fuera hecho realidad.

A todos los médicos de este Hospital quienes aportaron sus conocimientos y experiencia en esta corta carrera que apenas inicio.

Al personal de enfermería, quienes con sus regaños forjaron en mi una mejor persona.

A las pacientes por ser parte de mi aprendizaje, por ser parte del libro que empiezo a escribir.

AVAL DEL TUTOR

El coriocarcinoma es una patología de gran impacto social, económica y familiar. Por lo tanto, el trabajo de todo profesional de la salud debe ser el de prevenir la misma.

Me satisface haber aportado a este estudio a través de mi tutoría científica técnica y estoy seguro que los resultados del mismo servirán de base para la realización de otros proyectos futuros, que nos permitan un mejor abordaje y una pronta instauración del tratamiento para mejorar calidad de vida y pronóstico.

Dr. Wagner Espinoza
Especialista en Medicina Interna
Sub especialista en Oncología Médica
Hospital Bertha Calderón

RESUMEN

El coriocarcinoma es una enfermedad poco frecuente pero que puede poner en peligro la vida de la paciente a corto plazo, sobre todo en el caso de existir metástasis, muy frecuentes en esta tumoración, dada su diseminación vía hemática. El propósito de la investigación es determinar el Comportamiento clínico epidemiológico en pacientes diagnosticadas en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo comprendido del año 2013 al 2016. Específicamente se pretende para esto: Caracterizar demográficamente a la población en estudio, Constatar los antecedentes gineco-obstétricos, mencionar el abordaje diagnóstico clínico y terapéutico, conocer respuesta al tratamiento y describir el seguimiento pos tratamiento.

Metodológicamente es un estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal; el estudio se llevó a cabo en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el servicio de oncología con una población de 25 pacientes que fueron atendidas por presentar coriocarcinoma; para obtener la información del estudio se procedió a realizar actividades como: selección del lugar, coordinación con las autoridades responsables, elaboración de los instrumentos (ficha de recolección de datos) y la validación del instrumento a ser utilizado y posteriormente se procedió a la recolección de la información. Se concluyó que las edades de mayor incidencia estaban en las menores de 39 años procedentes de la zona rural y en su mayoría acompañada de su cónyuge, con un nivel de escolaridad medio, la mayoría son multíparas con antecedentes de abortos y embarazos molares, todas han utilizados métodos anticonceptivos con un periodo menor de 5 años y de preferencia gestagenos orales. Padeían en su minoría hipertensión, su principal síntoma fue el sangrado transvaginal con una evaluación médica final de alto riesgo, donde se le aplico un manejo medico politerapéutico en su mayoría EMACO, al final la respuesta al tratamiento instaurado fue positivo por lo que su seguimiento se valoró según normativas.

INDICE

CAPITULO I	1
1.1 INTRODUCCION	1
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.3 JUSTIFICACION	4
1.4 OBJETIVOS	5
- General	5
- Específicos	5
CAPITULO II	6
2.1 MARCO REFERENCIAL	6
A) ANTECEDENTES	6
B) MARCO TEORICO	7
2.2 PREGUNTAS DIRECTRICES	14
CAPITULO III	15
DISEÑO METODOLOGICO	15
1. Tipo de investigación	15
2. Área de estudio	15
3. Período de estudio	15
4. Unidad de análisis	15
5. Universo y muestra	15
6. Criterios de inclusión	15
7. Fuente de información	16
8. Instrumentos	16
9. Técnicas y procedimientos para la recolección de información	16
10. Plan de análisis	16
11. Variables de estudio	17
12. Aspecto ético	17
Operacionalización de variables	18

CAPITULO IV	24
4.1 RESULTADOS	24
4.2 ANALISIS DE RESULTADOS	33
CAPITULO V	36
5.1 CONCLUSIONES	36
5.2 RECOMENDACIONES	37
5.3 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	38
ANEXO 1	39
ANEXO 2	40

CAPITULO I

1.1. INTRODUCCION

El coriocarcinoma gestacional (CG) es una neoplasia maligna originada del trofoblasto gestacional, de gran agresividad cuando no se trata a tiempo. Es una neoplasia poco frecuente, cuya incidencia varía ampliamente de acuerdo con la región geográfica. (Altieri A. 2002).

El sudeste de Asia tiene mayor incidencia; en esa región, uno de cada 500 a 3,000 embarazos se asocia a coriocarcinoma gestacional; en cambio en Europa y en Estados Unidos la incidencia es de uno por cada 30,000 a 40,000 embarazos. En México se informa una elevada incidencia de embarazo molar con un caso por 200 embarazos; por ende, existe un promedio de un caso de coriocarcinoma gestacional por 10,000 embarazos. (Seckl M. 2010)

La patogenia es atribuida a una alteración en la regulación de la invasión de las células del trofoblasto a la decidua, en la que intervienen células del sistema inmune, es así que se ha observado una disminución de la concentración de células CD 56 y linfocitos T8 en relación a placentas normales.

Esta neoplasia siempre está precedida de un embarazo, sea molar (50%), aborto (25%), embarazo de término (20%), embarazo ectópico, etcétera. En el caso específico de la mola hidatiforme, se considera que el 80% es benigna; del 15 a 20% es persistente y del 2 al 3% se transformará en coriocarcinoma. Otros estudios mencionan que uno de cada 40 embarazos molares presentará transformación hacia coriocarcinoma.

La edad promedio de presentación es a los 29 años; es más frecuente en la raza negra con una relación de 1.8 a 2.1 en relación con mujeres de raza blanca o de otras razas; esto atribuido a condiciones socioeconómicas. El predominio en la raza negra es curioso debido a que los embarazos molares son más frecuentes en mujeres de raza blanca. Otros factores

de riesgo son los múltiples embarazos y edad mayor a 35 años o menor de 17 años. (Rotas M. 2017)

La manifestación clínica más frecuente es el sangrado transvaginal y, debido a los sitios de metástasis, le siguen los síntomas respiratorios. Esta neoplasia es muy vascularizada, presenta un índice de proliferación: necrosis muy elevado, hecho que explica la ausencia del tumor en el sitio primario en algunos casos, además de las características metástasis hemorrágicas, en ocasiones se detectan solamente estas últimas y no el tumor primario en el útero.

La historia natural del coriocarcinoma no tratado se caracteriza por la presencia de metástasis hematógenas tempranas; los sitios más frecuentes son: pulmones (80%), vagina y vulva (30%), hígado (10%), cerebro (10%), riñón y, raramente, tejidos blandos, huesos, piel y tracto gastrointestinal. Para el diagnóstico son necesarios datos clínicos, estudios de gabinete, como rayos X, tomografía axial computarizada e incluso hay quienes proponen el uso de tomografía por emisión de positrones que permite localizar los sitios de “micro metástasis” y dosificación de la hormona gonadotropina coriónica. (Altieri A. 2002).

Es importante y fundamental el diagnóstico oportuno y temprano del coriocarcinoma gestacional debido a que es una neoplasia “curable”, especialmente si está limitada al útero e incluso cuando presenta metástasis. Se informan tasas de curación de hasta el 100% en los casos limitados al útero y del 85% en casos con metástasis.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El coriocarcinoma puede aparecer después de cualquier tipo de gestación: un aborto, una mola hidatiforme, un embarazo ectópico o una gestación a término. Y tomando en cuenta que los casos pueden ser curables en un cien por ciento si se toman las medidas a tiempo, epidemiológicamente el problema radica en que los casos antes mencionados van en aumento y los problemas que más afectan a las pacientes con esta enfermedad son: lentitud de inicio de tratamiento, equipos de baja calidad, negatividad al tratamiento, mala nutrición, plazos demasiado largos para obtener resultados de exámenes de laboratorio (B-HCG), entre otros.

Por lo tanto en consideración a que la efectividad del tratamiento va en dependencia del estadio clínico y de los largos periodos que se deben esperar las pacientes por diferentes causas se plantea la siguiente interrogante

¿Cuál es el comportamiento clínico epidemiológico en pacientes diagnosticadas con coriocarcinoma en el Hospital Bertha Calderón Roque del año 2013 al 2016?

1.3. JUSTIFICACION

Generalmente pueden ser múltiples las causas que conlleven a una paciente a presentar coriocarcinoma y esta puede surgir posterior a cualquier tipo de embarazo, pero lo más importante es que estas pueden ser curadas hasta en un 100% y en un 85% en presencia de metástasis.

Por lo tanto la intención del presente estudio es la de determinar el comportamiento clínico epidemiológico en pacientes diagnosticadas con atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo comprendido del año 2013 al 2016. Consecuentemente es de importancia la realización de este trabajo con fines de detección para brindar la oportunidad de diagnóstico temprano y tratamiento oportuno y eficiente y así ofrecer una herramienta para reducir su incidencia y las secuelas de esta entidad y el impacto en la calidad de vida de las mujeres atendidas en el hospital Bertha Calderón Roque y al mismo tiempo optimizar los recursos disponibles.

Al mismo tiempo pretende ser un documento de referencia para próximos años o futuras tomas de decisiones en salud, entre las cuales se encuentra el surgimiento y elaboración de un protocolo actualizado o guías nacionales que aborden el manejo completo de las pacientes afectadas con esta problemática, tomando como referencia que no existen estudios previos sobre la temática en estudio, en el lugar donde se desarrolló el estudio.

1.4. OBJETIVOS

- General:

Determinar el Comportamiento clínico epidemiológico en pacientes diagnosticadas con Coriocarcinoma atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo comprendido del año 2013 al 2016.

- Específicos:

1. Caracterizar demográficamente a la población en estudio.
2. Constatar los antecedentes gineco-obstétricos presentes en las pacientes.
3. Mencionar el abordaje diagnóstico clínico y terapéutico.
4. Conocer respuesta al tratamiento instaurado sea este quirúrgico o médico (quimioterapia).
5. Describir el seguimiento pos tratamiento.

CAPITULO II

2.1. Marco Referencial

a) Antecedentes

México (2006). Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y analítico de 22 autopsias con el objetivo de describir las características clínicas y anatomopatológicas diagnosticadas como coriocarcinoma gestacional en un periodo de 15 años en el Hospital General de México. En 9,155 estudios de autopsia se diagnosticaron 22 (0.24%) como coriocarcinoma gestacional, con una frecuencia de 1.46 casos por año y edad promedio de 35.8 años. Todos los casos fueron precedidos de embarazo: molar (45.45%), aborto (22.73%) o embarazo eutócico (13.64%). Las manifestaciones clínicas fueron: sangrado transvaginal (54.5%), síntomas respiratorios (27.27%) y síntomas gastrointestinales (22.73%). Fueron diagnosticados clínicamente el 31.82%, con diagnóstico probable el 31.82% y no diagnosticados el 36.36%. Los sitios de metástasis fueron: pulmones (81.81%), hígado (59.09%) y cerebro (40.91%). El coriocarcinoma gestacional es una neoplasia mortal y subdiagnosticada, ya que con frecuencia no es sospechada clínicamente y el diagnóstico definitivo se efectúa en el estudio post mortem.

La incidencia en los EE.UU (2005). Es uno en 40 000 embarazos, pero es mayor en el este (Graham 1988). Se realizó un estudio para determinar la tasa de incidencia de GTD en el sudeste de Anatolia desde julio de 1998 a octubre de 2003. Durante ese período se identificaron 6016 partos y 73 casos de GTD, lo que representó una incidencia de GTD de 12,1 por cada 1000 partos. De estos casos, dos (2,7%) presentaron mola invasiva y cinco (6,9%) presentaron coriocarcinoma (Harma 2005). Debido a la baja incidencia de tumores invasivos es difícil realizar ECA. El GTT se asocia con un antecedente de mola en el 50% de los casos, antecedentes de aborto espontáneo en un 25%, parto a término en el 20% y embarazo ectópico en el 5%.

Este trabajo representa el primer estudio realizado en el departamento de oncología del Hospital Bertha Calderón Roque respecto al comportamiento clínico epidemiológico de la

neoplasia tipo Coriocarcinoma. Se pueden mencionar estudios relacionados, aunque no directamente en relación con coriocarcinoma y la valoración del tratamiento.

b) Marco Teórico

La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) se define como una complicación poco común de la gestación caracterizada por la proliferación anormal del tejido trofoblástico. Incluye un amplio espectro de entidades clínico patológico que va desde la ETG benigna (Mola Hidatiforme Completa y Mola Hidatiforme Parcial) hasta patologías malignas (Mola Hidatiforme Invasora, Coriocarcinoma, Tumor del Sitio Placentario y Tumor Trofoblástico Epitelial) también conocidas como Neoplasia Trofoblástica Gestacional (NTG). La NTG a menudo se presenta luego de embarazos molares pero también pueden ocurrir luego de cualquier evento obstétrico (abortos espontáneos, embarazos a término y embarazo ectópico).

El coriocarcinoma postgestacional es una enfermedad poco frecuente pero que puede poner en peligro la vida de la paciente a corto plazo, sobre todo en el caso de existir metástasis, muy frecuentes en esta tumoración, dada su diseminación vía hemática. En distintos estudios realizados en todo el mundo se ha demostrado que independientemente de la clasificación inicial respecto a la estratificación del riesgo (bajo riesgo-alto riesgo/ ver tabla 1), una vez instaurado el tratamiento las pacientes tiene evolución clínica satisfactoria obteniendo remisión completa de la enfermedad tres meses posterior a poli quimioterapia (Revista chilena de Ginecología y Obstetricia, 2015). Vale destacar que juega un papel indispensable la realización de un diagnóstico clínico oportuno ya que es una neoplasia curable y que a mayor tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el inicio de tratamiento determina factor de mal pronóstico; por lo tanto, contar con los medios para el diagnóstico y seguimiento de nuestras pacientes es fundamental en su manejo. Se informan tasas de curación de hasta el 100% en los casos limitados al útero y del 85% en casos con metástasis.

Esta entidad clínica se caracteriza por producir cantidades elevadas de HCG en sangre y son muy sensibles a la quimioterapia, con una tasa de curación superior al 90%; en consecuencia, se consigue la curación de la enfermedad al mismo tiempo que se puede preservar la fertilidad. Este éxito es atribuible a la elevada sensibilidad a los quimioterápicos, y el uso de la HCG como un marcador tumoral fundamental para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de ambas.

Es una enfermedad altamente maligna que se caracteriza por la formación de sincitiotrofoblastos hiperplásicos y anaplásicos y citotrofoblastos, ausencia de vellosidades coriónicas y aparición de hemorragia y necrosis tisular. Se propaga directamente invadiendo el miometrio y los canales vasculares, dando como resultado la presencia de metástasis sobre todo pulmonares, vaginales, anexiales, cerebrales, hepáticas, renales, intestinales y esplénicas.

Una vez confirmado el diagnóstico, es importante realizar estudios de estratificación que orientarán sobre la conducta terapéutica. Los métodos incluyen anamnesis, examen físico, medición de beta HCG y ecografía pélvica para determinar tamaño uterino, diseminación pelviana y vascularización. Con respecto al Doppler, la medición del índice de pulsatilidad de la arteria uterina en enfermedad de bajo riesgo es un predictor de respuesta al metotrexato (MTX).

Las metástasis pulmonares representan una de las localizaciones de secundarismo más frecuente, por lo que una placa de tórax es esencial. La tomografía (TC) de tórax no es necesaria si la radiografía es normal ya que, aunque un 40% podría tener micrometástasis, esta situación no modifica el resultado. Sin embargo, si las lesiones se visualizan en la radiología de tórax se indica una resonancia cerebral y una TC corporal total para determinar diseminación en el sistema nervioso central o el hígado, las cuales modifican el manejo. Como se expone abajo, la FIGO determinó su estadificación según la afectación anatómica que luego fue adoptada por el American Joint Committee on Cancer, a la cual luego se le agrega el puntaje o score de riesgo de la OMS.

Estadificación FIGO (2002)

Estadio I: enfermedad confinada al útero

Estadio II: extensión fuera del útero pero confinado a estructuras genitales

Estadio III: enfermedad extendida a pulmón son o sin enfermedad uterina

Estadio IV: otras localizaciones metastásicas

La puntuación o score de FIGO se utiliza para predecir el potencial de resistencia de la enfermedad a la monoterapia con Metrotexate o actinomicina D (ACTD). Un valor de 0 a 6 puntos o bien mayor a 7 indican baja y alta resistencia, respectivamente. Un puntaje de 7 o más se asocia con falta de respuesta a la monoterapia; estas pacientes son candidatas a la poliquimioterapia. La estadificación anatómica no colabora en la decisión de conducta terapéutica, pero provee información científica para comparar datos entre diferentes centros. Las variables evaluadas en el score incluyen: volumen del tumor, nivel de HCG, número de metástasis, sitio implicado, resistencia previa a la quimioterapia y tiempo transcurrido desde el evento gestacional previo.

Tratamiento

Enfermedad de Bajo Riesgo

Cerca del 95% de las pacientes que desarrollan Neoplasia Trofoblástica Gestacional están dentro de esta categoría. Los agentes más utilizados son Metrotexate y Actinomicina. Los regímenes y esquemas son variados. Es importante aclarar que, aún en caso de resistencia y necesidad de progresar a una segunda e incluso tercera línea de fármacos, se alcanza la remisión con una supervivencia global del 100%. Esta circunstancia denota alta sensibilidad y justifica que se inicie con drogas menos tóxicas, evitando efectos nocivos. El Metrotexate con ácido folínico (FA) fue ampliamente aceptado porque es muy bien tolerado; luego de una corta internación para control de las complicaciones hemorrágicas eventuales, se puede realizar tratamiento ambulatorio y, a diferencia de la Actinomicina, no genera alopecia. Cerca del 2% de las enfermas padece úlceras mucosas, dolor ocular y serositis. La HCG debe medirse una vez por semana, tal es así que al menos 2 muestras en meseta o un incremento indican resistencia y, por ende, la necesidad de un cambio en la terapia.

La rotación o combinación de MTX/FA a ACTD depende de si la HCG es menor o mayor a 300 UI/ml, respectivamente. La quimioterapia debe continuar hasta que la HCG sea normal y luego durante otras 3 semanas. Esta extensión ayuda a eliminar cualquier tumor residual y disminuye el riesgo de recaídas. Es importante aclarar que sólo el 30% de los casos con score de 5 ó 6 remitirán con MTX/AF, lo que llevaría a mejorar algunos aspectos del puntaje de FIGO para identificar inicialmente ese 70% de casos que desarrollará resistencia a MTX/AF. Con este objetivo, datos recientes demuestran que las mujeres de bajo riesgo pero con valores de HCG mayores de 400 mil UI/ml es improbable que respondan a monoterapia y serían beneficiadas con poliquimioterapia. Además, es posible que, mediante la evaluación de la vascularización por Doppler, se aporten datos colaboren aún más con la decisión.

Enfermedad de Alto Riesgo

Estas enfermas deberán recibir poliquimioterapia. El esquema más ampliamente aceptado es el EMA-CO (etopósido, MTX, ACTD, alternado semanalmente con ciclofosfamida y vincristina) dada la sencillez y predictibilidad del manejo de las toxicidades a corto plazo.

Esta terapia requiere una noche de internación cada 2 semanas y produce alopecia reversible y neutropenia, pero esta última es bien controlada con factores estimulantes de colonias. La supervivencia a los 5 años varía de 75% a 90%. De manera similar a la enfermedad de bajo riesgo, la terapia se continúa durante 3 semanas luego de alcanzar valores normales de HCG. Luego son revaluadas mediante imágenes para registrar la aparición de nuevas lesiones posteriores al tratamiento. La remoción de masas residuales es innecesaria porque no tiende a reducir el riesgo de recurrencia, la cual es menos de menos del 3%.

Enfermedad Resistente

Cerca del 20% de las pacientes de alto riesgo progresa durante o después del tratamiento, pero, aun así, tienen un excelente resultado, con una posibilidad del 85% de resolver la patología. Esto en parte se debe al hecho de que se puede efectuar detección precoz gracias al dosaje sérico de HCG, que permite detección temprana de resistencia.

En las pacientes con recaída, la tomografía por emisión de positrones puede ayudar a identificar el sitio de la enfermedad activa y facilitar la resección quirúrgica. Sin embargo, si la cirugía no es posible, se han creado o adoptado regímenes a partir de los esquemas quimioterápicos utilizados en tumores de células germinales. Una de las opciones es la combinación de etopósido con cisplatino (EP), alternada semanalmente con EMA con omisión del segundo día de etopósido y ACTD. Aunque las tasas de supervivencia son del 80%, la toxicidad es significativa por lo que se consideran terapias de rescate menos nocivas. Varios casos de NTG resistente han respondido y/o curado con paclitaxel como agente único y con la combinación de gemcitabina + capecitabina. La alternancia bisemanal de paclitaxel/cisplatino y paclitaxel/etopósido (TP/TE) parece ser mucho mejor tolerada que la EP/EMA y es eficaz en pacientes con recaída y/o NTG refractaria. Otro enfoque involucra la quimioterapia a dosis altas con posterior trasplante de células madre, pero hasta el momento la cura es infrecuente y se necesita refinar los criterios de selección para mejorar los resultados.

Metástasis del Sistema Nervioso Central

Cuando aparecen metástasis cerebrales, se debe realizar su irradiación o, en pacientes cuidadosamente seleccionadas, la extirpación quirúrgica más radioterapia estereotáxica, generalmente al inicio de la quimioterapia sistémica. Durante la radioterapia, es aconsejable aumentar la dosis de infusión de MTX/AF para facilitar el paso del fármaco a través de la barrera hematoencefálica.

Un enfoque alternativo es combinar dosis altas de quimioterapia y un procedimiento neuroquirúrgico temprano. Las preocupaciones sobre la toxicidad neurocognitiva con dosis moderadas a altas de MTX junto a la radioterapia holocraneana han dado lugar a la

adaptación de esta asociación de quimioterapia y cirugía para el tratamiento de las metástasis cerebrales en algunos centros, en una etapa aún no generalizable.

Metástasis Pulmonares (80%)

La cirugía también es un complemento importante de la quimioterapia en el tratamiento de nódulos pulmonares aislados, sobre todo ante resistencia a los quimioterápicos. La resección pulmonar establece además el diagnóstico de NTG en los casos en los que sea necesario, como puede ocurrir en aquellas pacientes con una concentración sérica elevada de HCG sin antecedente de embarazo reciente. No obstante sólo se realizará en casos seleccionados, ya que la mayoría de las lesiones pulmonares responden con éxito a la quimioterapia.

Metástasis Hepáticas(10%)

La quimioterapia como estrategia única actúa de forma eficaz sobre las metástasis hepáticas, a pesar de que la afectación hepática es la forma de secundarismo de mayor gravedad en las NTG. La intervención quirúrgica se limita a pacientes con hemorragia aguda o lesiones periféricas resistentes al tratamiento médico. La embolización también puede ser eficaz en el control de la hemorragia, aunque no se emplea para el tratamiento de las metástasis resistentes a la quimioterapia.

Metástasis Vaginales (30%)

Las metástasis vaginales de la NTG son altamente vascularizadas. La biopsia o la resección de estas lesiones no deben llevarse a cabo a menos que sean los únicos sitios de enfermedad quimiorresistente. La embolización angiográfica es muy útil para controlar la hemorragia aguda durante la iniciación de la terapia.

Seguimiento

1. Control Semanal de B-HCG hasta negativizar la misma.
2. Tras alcanzar 3 semanas consecutivas con niveles indetectables de HCG y completar la quimioterapia, se deben realizar determinaciones mensuales de HCG, antes de que la paciente pueda quedarse de nuevo embarazada:

3. Durante 12 meses en pacientes con NTG en estadio I-III.

4. Durante 24 meses en pacientes con NTG en estadio IV.

El riesgo de recaída oscila en torno al 3% a 9% en el primer año después de completar la terapia. Después de este período de tiempo, la recaída es poco habitual. Se llevarán a cabo exploraciones ginecológicas cada 3 meses, durante el período de seguimiento de los niveles de HCG. La paciente deberá utilizar un método anticonceptivo eficaz obligatoriamente durante el tratamiento y durante los 12 ó 24 meses de seguimiento tras la quimioterapia, de preferencia con anticonceptivos orales.

HCG Quiescente

Hay un subgrupo de pacientes con antecedentes de NTG o embarazo molar en las que los niveles de HCG permanecen en meseta, con valores muy bajos durante varias semanas o varios meses. Normalmente en estas mujeres no se encuentran metástasis.

La HCG está presente, pero predominantemente en la forma no hiperglicosilada. Esta situación se denomina “NTG quiescente”: el mantenimiento de la HCG se debe a la presencia de tejido trofoblástico resistente a la quimioterapia. En la mayoría de estas pacientes, el nivel de HCG acaba haciéndose indetectable de forma espontánea. No obstante se requiere un seguimiento estricto, puesto que hasta un 6% a 19% de las mujeres con NTG quiescente con el tiempo desarrollarán enfermedad activa. Esto se determina por el aumento de los niveles de HCG, ahora con un alto porcentaje de la forma hiperglicosilada, la cual es la variante principal de HCG producida por el CC y la NTG y es promotora del crecimiento de la neoplasia.

En relación con el futuro reproductivo, las pacientes con NTG tratadas exitosamente con quimioterapia pueden aspirar a una reproducción normal en el futuro. A pesar del conocido potencial teratogénico y mutágeno de los agentes oncoespecíficos, resulta alentador que no se incremente el riesgo de malformaciones. Sin embargo, es importante tener presente que una mujer que ha tenido una mola hidatiforme posee riesgo de embarazo molar en futuras concepciones. Cerca de 1 de cada 100 casos tiene, al menos, 2 gestaciones

molares. Después de 2 embarazos de estas características, las pacientes todavía pueden conseguir una gestación normal posterior, pero deberán someterse a ecografía durante el 1er trimestre para confirmar desarrollo normal del embarazo y medición de HCG a las 6 semanas posteriores al parto para descartar ETG oculta.

2.2. Preguntas Directrices

¿Cuáles son las Características demográfica de la población en estudio?

¿Cuáles son los antecedentes gineco-obstétricos presentes en las pacientes?

¿Cómo es el abordaje del diagnóstico clínico y terapéutico?

¿Cuál es la respuesta al tratamiento instaurado sea este quirúrgico o medico (quimioterapia)?

¿Cómo es el seguimiento pos tratamiento?

CAPITULO III

Diseño Metodológico

1- Tipo de investigación:

Descriptivo, con enfoque cuali cuantitativo retrospectivo de corte transversal.

2- Área de estudio

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el servicio de oncología, el cual consta de 6 cuartos (8 camas c/u), un cuarto de aislado (3 camas), 1 sala de quimioterapia, 1 oficina de enfermería y una estación de enfermería.

3- Periodo de estudio

Va del año 2013 al 2016.

4- Unidad de análisis

Pacientes diagnosticada con coriocarcinoma

5- Universo y muestra:

El universo lo compone 25 pacientes y en consideración de que el número de pacientes son pocas se tomaran como muestra el total del universo para que el estudio tenga mayor veracidad, por lo tanto el tipo de muestreo será no probabilístico a conveniencia.

6- Criterios de inclusión:

- Expedientes de pacientes con el diagnóstico de coriocarcinoma.
- Que hayan sido diagnosticadas y tratadas en el período de estudio en mención.
- Referidas o que demandaran atención espontánea y tratadas en la unidad de oncología.
- Expedientes que contengan información necesaria para el llenado de la ficha de recolección de datos.

7- Fuente de informacion

Secundaria, ya que se revisara expedientes clínicos para obtener la información.

8- Instrumentos

Ficha diseñada por el investigador (Ver anexo 1), elaborada para dar respuesta a los objetivos de estudio.

9- Técnicas y Procedimientos para la recolección de la informacion

Para obtener la información para el estudio se procedió a realizar las siguientes actividades.

- Selección del lugar donde se realizó el estudio
- Coordinar con las autoridades responsables
- Elaboración del siguiente instrumento de medición
 - o Ficha elaborada por el investigador
 - o Revisión de expedientes clínicos
- Validación de instrumentos a ser utilizados
- Recolección de información

10- Plan de Análisis

Una vez recolectada la información se procederá a realizar lo siguiente:

- Creación de base de datos
- Codificación de instrumentos
- Control de calidad de la información recolectada
- Introducción de datos
- Análisis por frecuencia y porcentajes de los datos en el programa SPSS 24.0
- Resumen de resultados en cuadros
- Presentación de resultados en gráficos según variables

11- Variables de estudio

Objetivo específico No. 1 Socio – demográfica	Objetivo específico No. 2 Antecedentes gineco-obstétricos	Objetivo específico No. 3 Diagnostico clínico y terapéutico	Objetivo específico No. 4 Tratamiento	Objetivo específico No. 5 Seguimiento
Edad Procedencia Escolaridad Estado civil	Gesta Antecedente obstétrico Método de planificación familiar Tiempo de uso del método	Manifestación clínica Riesgo Etapa clínica B-HCG previa al tratamiento Ultrasonido pélvico Tipo de Metástasis Cantidad de metástasis	Médico o quirúrgico primario Esquema y Ciclos de quimioterapia Efectos adversos a quimioterapia	B-HCG posterior al tratamiento Metástasis posteriores Resultado del tratamiento

12- Aspecto ético

La información brindada es manejada bajo confidencialidad respetando los criterios éticos internacionales y por ningún motivo se indagó en datos que no correspondan con la investigación. La revisión de esta información fue autorizada por las autoridades y responde a fines académicos.

Operacionalización de las variables				
VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA/VALOR
DEMOGRAFIA	Es la que tiene como objetivo el estudio de las poblaciones humanas y que trata de su dimensión, estructura, evolución y características generales. (Endesa 2007)	Edad	Años cumplidos	Hasta 39 >39
		Procedencia	Origen	Rural Urbana
		Escolaridad	Nivel alcanzado	Primaria Secundaria Universitaria
		Estado Civil	Estado legal	Casada Soltera acompañada
ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS	Apartado que incluye los datos más relevante de la edad reproductiva de una mujer.	Gesta	Cantidad	1-3 4-6 >6
		Antecedente obstétrico	Tipo	Aborto Embarazo Molar
		Método de Planificación Familiar	Elección utilizada	Orales Inyectable mensual Inyectable trimestral

				DIU Otros
		Tiempo de uso de anticonceptivos	Tiempo transcurrido en años	< 5 >5
		Tiempo desde la última gestación hasta el inicio del tratamiento	Tiempo transcurrido en meses	Hasta 4 4-6 7-12 >13

Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICION	DIMENCION	INDICADOR	ESCALA/VALOR
ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES	Apartado que incluye la patología o las patologías que padece o ha padecido la paciente.	Diagnostico medico	Patología base	HTA DM2 Enfermedades inmunológicas EPOC Cáncer
Diagnostico	Análisis que se realiza para determinar la causa de una determinada situación patógena	Manifestación clínica	Síntoma	Sangrado transvaginal Dolor
		Riesgo	Puntuación	Bajo 0-6 puntos Alto >- 7 puntos
		Etapa clínica	Según FIGO 2002	I II III IV

		B-HCG previa al tratamiento	unidades	1000 1000- 10000 10000- 100000 >1000000
		USG Pélvico	Hallazgo	Masa pélvica
		Cantidad de metástasis previa al inicio de tratamiento	Numero	1 a 4 5 a 8 >8
		Tipo de metástasis	Localización anatómica	Pulmón SNC Ósea Ninguna

Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICION	DIMENCION	INDICADOR	ESCALA/VALOR
TRATAMIENTO	Manera de proceder ante el diagnóstico de coriocarcinoma.	Quimioterapia o quirúrgico	Uso	Quirúrgico primario Quirúrgico adyuvante No quirúrgico
		Esquema de quimioterapia	Tipo	EMACO EC
		Ciclos de quimioterapia	Frecuencia	III VI >VI
		Efecto adverso a quimioterapia	Tipo	Neutropenia
SEGUIMIENTO	Elementos a tomar en cuenta para valorar respuesta al tratamiento	B-HCG posterior al tratamiento	unidades	<5 >5
		Metástasis posterior	Tipo	Pulmón Ósea SNC Ninguna
		Resultado final del tratamiento	categoría	Remisión completa Fallecidas

				Abandono Recurrencia
--	--	--	--	-------------------------

CAPITULO IV

4.1. Resultados

Se revisaron 25 expedientes de pacientes con diagnóstico coriocarcinoma ingresadas en el Hospital Bertha Calderón Roque donde se evaluaron diferentes variables. En relación a la edad se encontraron que el 60%(15) tienen una edad menor de 39 años y el 40%(10) mayor de 39 años. (Tabla N° 1)

EDAD	Frecuencia	%
Hasta 39 años	15	60
Mayor de 39 años	10	40
TOTAL	25	100

En cuanto a la procedencia el 28%(7) son de la zona urbana y el 72%(18) de zona rural. (Tabla N° 2)

PROCEDENCIA	Frecuencia	%
Urbano	7	28
Rural	18	72
TOTAL	25	100

Con referencia al estado civil los hallazgo dicen que el 32%(8) son casadas, el 20%(5) solteras y el 48%(12) acompañadas. (Tabla N° 3)

ESTADO CIVIL	Frecuencia	%
Casada	8	32
Soltera	5	20
Acompañado	12	48
TOTAL	25	100

De la escolaridad se encontró que el 16%(4) curso la primaria, el 76%(19) la secundaria y el 8%(2) llego a la universidad. (Tabla N° 4)

Escolaridad	Frecuencia	%
Primaria	4	16
Secundaria	19	76
Universitaria	2	8
TOTAL	25	100

Con mención al número de gestas que tuvieron las usuarias se encuentra que el 12%(3) tuvieron entre 1-3 gestas, el 68%(17) entre 4-6 y el 20%(5) más de 6 gestas. (Tabla N° 5)

Gesta	Frecuencia	%
1-3	3	12
4-6	17	68
➤ 6	5	20
TOTAL	25	100

En relación a los antecedentes obstétricos del total de las pacientes estudiadas el 36%(9) presentó aborto y el 64%(16) tuvieron embarazo molar. (Tabla N° 6)

Antec. Obst.	Frecuencia	%
Aborto	9	36
Embarazos Molar	16	64
TOTAL	25	100

El tiempo transcurrido desde la última gestación al inicio del tratamiento fue hasta de 4 meses en el 64% de las pacientes en estudio. (Tabla N/°7)

Tiempo transcurrido	frecuencia	%
Hasta 4 meses	16	64
4- 6 meses	0	0
6-12 meses	5	20
>13 meses	4	16
TOTAL	25	100

El método de planificación familiar más utilizado se encontró que el 72%(18) utilizo orales y el 28%(7) no utilizaban ninguno. (Tabla N° 8)

MPF	Frecuencia	%
Oral	18	72
Ninguno	7	28
TOTAL	25	100

Con relación al tiempo de uso de anticonceptivos el 56%(14) tienen menos de 5 años de usarlos y el 44%(11) más de 5 años. (Tabla N° 9)

Tiempo	Frecuencia	%
< 5 años	14	56
➤ 5 años	11	44
TOTAL	25	100

Con mención a los antecedentes patológicos el 32%(8) padecían de hipertensión arterial. (Tabla N° 10)

APP	Frecuencia	%
HTA	8	32
Ninguno	17	68
TOTAL	25	100

Los síntomas que las pacientes referían a su ingreso son: en un 12%(3) dolor y el 88%(22) presento sangrado transvaginal. (Tabla N° 11)

Síntomas	Frecuencia	%
Dolor	3	12
STV	22	88
TOTAL	25	100

Y según la evaluación del riesgo se encuentra que el 16%(4) era bajo y el 84%(21) fue considerado como alto. (Tabla N° 12)

Riesgo	Frecuencia	%
Bajo	4	16
Alto	21	84
TOTAL	25	100

Según la etapa clínica la mayoría de las pacientes fueron estadificadas en Etapa I en el 68% de los casos.(Tabla N°13)

Etapa clínica	frecuencia	%
I	17	68
II	0	0
III	4	16
IV	4	16
TOTAL	25	100

En su evaluación de exámenes los resultados de B- HCG previo al tratamiento describen un 80%(20) entre 10,000 a 1000,000 y el 20%(5) mayor de 1000,000. (Tabla N° 14)

Valor B-HCG PREVIO	Frecuencia	%
10,000 – 1,000,000	20	80
➤ 1,000,000	5	20
TOTAL	25	100

En su hallazgo ultrasonografico se encuentran que el 100% de las 25 usuarias estudiadas se le encontró masa compleja endometrial. (Tabla N° 15)

Hallazgo de ultrasonido	Frecuencia	%
Masa compleja endometrial	25	100
TOTAL	25	100

De las 25 pacientes se encuentran que 8 tuvieron presencia de metástasis lo que corresponde al 32%, de las cuales se encontraron en el grupo de 1-4 . (Tabla N° 16)

Cantidad de Metástasis	Frecuencia	%
1-4	8	32
5-8	0	0
>8	0	0
Ninguna	17	68
TOTAL	25	100

El 50% de las pacientes con metástasis tenían enfermedad a nivel pulmonar el otro restante lo obtuvieron el SNC Y óseo con el 25% respectivamente. (Tabla N° 17)

Tipo de metástasis	frecuencia	%
Pulmón	4	16
Vagina	0	0
SNC	2	8
Ósea	2	8
Ninguna	17	68
TOTAL	25	100

El tratamiento utilizado para la resolución del problema en las usuarias fue en un 40% quirúrgico primario, y el resto no ameritaron cirugía. (Tabla N° 18)

Tratamiento	Frecuencia	%
Quirúrgico primario	10	40
Quirúrgico adyuvante	00	0
No quirúrgico	15	60
TOTAL	25	100

El esquema a seguir para su aplicación fue en un 80%(20) EMACO y en un 20%(5) EC. (Tabla N° 19)

Esquema	Frecuencia	%
EMACO	20	80
EC	5	20
TOTAL	25	100

Los ciclos cumplidos de quimioterapia en las 25 pacientes tratadas fueron en un 56%(14) de IV y en un 44%(11) mayor de IV. (Tabla N° 20)

Ciclos	Frecuencia	%
IV	14	56
➤ IV	11	44
TOTAL	25	100

En relación a los resultados se encuentra que el 20%(5) presento efectos adversos (neutropenia) al tratamiento y el 80%(20) no. (Tabla N° 21)

Efectos Adversos	Frecuencia	%
Neutropenia	5	20
Ninguno	20	80
TOTAL	25	100

En relación al resultados de B-HCG post tratamiento fue de un 84%(21) menor de 5 y del 16%(4) entre >5. (Tabla N° 22)

B-HCG Posterior	Frecuencia	%
< 5	21	84
>5	4	16
TOTAL	25	100

En relación a la presencia de metástasis desarrolladas durante o después del tratamiento se obtuvo que el 8% se localizó en SNC y 8% a nivel óseo, el restante no presentó metástasis.. (Tabla N° 23)

Metástasis posterior	Frecuencia	%
SNC	2	8
Ósea	2	8
Ninguna	21	84
TOTAL	25	100

Del total de pacientes en estudio 60% obtuvo remisión completa de enfermedad, 16% recurrencia, 8% abandonaron tratamiento y 16% fallecieron durante el tiempo de seguimiento. (Tabla N°24)

Resultado final del tratamiento	frecuencia	%
Remisión completa	15	60
Recurrencia	4	16
Abandono	2	8
Fallecidas	4	16
TOTAL	25	100

4.2. Análisis de los Resultados

El coriocarcinoma (CC) puede aparecer después de cualquier tipo de gestación: un aborto, una mola hidatiforme, un embarazo ectópico o una gestación a término.

Puede aparecer incluso años después de un parto normal, lo que se asociaría a peor pronóstico. Los CC intraplacentarios son raros pero suelen ocurrir tras gestaciones a término aparentemente no complicadas. De las 25 pacientes con diagnóstico de CC analizados en el departamento de Oncología del Hospital Berta Calderón en el periodo del año 2013 al 2016, se encontró que la mayoría eran menores de 39 años de edad, dato que contrapone a otros estudios como por ejemplo el realizado en León por la Dra. Berrios E. (2011) que refiere que en su estudio las edades se encuentra con una media de 48 años de edad, pero si se relaciona con lo establecido en las literaturas que dice “Los factores de riesgo relacionados con la aparición del CC son: la edad materna inferior a 20 años o superior a 39 (Agustino A. 2015). En relación a los demás datos demográficos en su mayoría pertenecen a la zona rural, acompañadas con una educación media.

(Agustino A 2015) “La multiparidad se ha asociado a un incremento del riesgo, pero únicamente en aquellas mujeres con más de 5 gestaciones previas”. En el estudio el número de gestas de las usuarias en estudio son superiores a 4 hijos por paciente consideradas como multíparas por lo que la multiparidad en este caso también fue un factor de riesgo asociado al problemas que ellas presentaron. Todas las pacientes en estudio presentaron algunos antecedentes obstétricos pero el dato que llama más la atención es que en su mayoría tienen antecedentes de embarazo molar previo a su patología factor que también afecto ya que toda mujer con historia previa de enfermedad trofoblástica tiene riesgo potencial de desarrollar esta patología. El tiempo transcurrido desde la última gestación al inicio de tratamiento de hasta 4 meses lo que mejora el pronóstico y sobrevida de las pacientes en estudio.

En la investigación se constató que no todas la mujeres usaron en su momento algún método de anticoncepción (Saviron R. 2015) “si la multiparidad es un factor de riesgo, lo es

aún más en aquellas mujeres que usen algún tipo de método anticonceptivo y su riesgo incrementa más en aquellas que lo han utilizado en periodos prolongados superior a 7 años” en este caso casi en un 50% las usuarias usaron métodos de anticoncepción menor de 5 años.

Los antecedentes patológicos presentes en las usuarias fueron únicamente hipertensión arterial aunque esto no interviene en el diagnóstico y manejo de una paciente pero si está asociado a mayor probabilidad de asociarse a retrasos del tratamiento en caso de descompensación metabólica.

Lo que si se debe de tener en cuenta es la sintomatología que una paciente con diagnóstico de coriocarcinoma pueda presentar en este caso las usuarias presentaron dos síntomas característicos que fue el dolor y el sangrado transvaginal. (Saviron R. 2015) establece que los signos y síntomas que predominaron en estas pacientes el dolor abdominal, sensación de peso y presencia de masa pélvica, los otros síntomas se manifestaron en algunas de las pacientes, aclara que no significando que no los presentarían en algún momento del proceso de la enfermedad, sino que en el momento de la consulta fueron las características clínicas que las pacientes manifestaron. En general estas enfermedades se caracterizan por presentar síntomas inespecíficos, vagos y generalmente se manifiestan cuando la neoplasia se encuentra diseminada, ya en estadios avanzados. (Soper J. 2004) establece que “en muchas ocasiones se produce un retraso en el diagnóstico tras una gestación no molar, ya que los síntomas y los signos son muy sutiles y no se realizan determinaciones de β -hCG ni estudio histológico de la placenta de forma rutinaria. Hasta un 74% de los CC postparto la manifestación más común es el sangrado persistente 6 semanas postparto, bien escaso o bien llegando a producir un shock hemorrágico”.

La estratificación del riesgo asignado a las pacientes a su ingreso según la valoración médica realizada fue en su mayoría considerada de alto riesgo asociado a etapas clínicas tempranas en su gran mayoría; sus resultados obtenidos en cuanto a B-HCG a su ingreso en su mayoría fue de 10.000-1000.000; estos parámetros están asociados a mayores tasa de curación, mayor sobrevida y mejor pronóstico.

Desde el punto de vista ultrasonografico el hallazgo encontrado en la totalidad fueron la de una masa compleja endometrial.

Al valorar la diseminación de la enfermedad se encontró q la mayor parte de las pacientes tenían de 1 a 4 sitios de metástasis predominando la de localización pulmonar lo cual está asociado a mayor éxito en el tratamiento con altas tasas de curación.

World Health Organization (WHO) Prognostic Index Score: divide a las pacientes en riesgo bajo (≤ 4), riesgo moderado (5-7) y riesgo alto (≥ 8). International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Anatomic Staging: basado únicamente en la extensión anatómica de la enfermedad. Donde establecen que las pacientes de bajo riesgo deben tratarse con monoterapia y las de alto riesgo con poliquimioterapia y hasta en ocasiones puede ser necesario un tratamiento con radioterapia o cirugía. En el caso de las usuarias en estudio la Politerapia fue manejada en su mayoría con EMACO y en una minoría con EC. Los ciclos variaron según su condición de la paciente pero casi en su mayoría las pacientes recibieron sesiones de IV ciclos y donde los efectos adversos fueron apenas de un 20% en asociación a neutropenia la cual responde de manera favorable a fármaco estimulador de colonia.

A pesar de presentar inicialmente factores de mal pronóstico que hacían considerar a la lesión como de Alto Riesgo (FIGO Risk Score 7), la respuesta clínica, radiológica y hormonal, a la poliquimioterapia fue buena ya que los niveles de B-HCG fueron negativos en el 84% de los casos en un periodo de 4 meses, asociándose al 60% de remisión completa de la enfermedad.

Por otro lado, el 16% de las pacientes cursaron con recurrencias de las cuales predominaron al SNC y Óseo ameritándose manejo con radioterapia. Con mortalidad global del 6%.

CAPITULO V

5.1. Conclusiones

- a- Se caracterizó demográficamente a la población en estudio encontrando que las edades de mayor incidencia estaban en las menores de 39 años procedentes de la zona rural y en su mayoría acompañada de su cónyuge, con un nivel de escolaridad medio.
- b- En cuanto a los antecedentes obstétricos la mayoría son multíparas con antecedentes de abortos y embarazos molares, las que han utilizados métodos anticonceptivos lo hicieron por un periodo menor de 5 años y de preferencia con gestagenos orales.
- c- En relación al abordaje diagnóstico clínico y terapéutico la mayoría de las pacientes no tenían morbilidad asociada, su principal síntoma fue el sangrado transvaginal con una evaluación médica final de alto riesgo y predominando la etapa clínica I, donde se le aplico un manejo No quirúrgico en su mayoría EMACO.
- d- Al final la respuesta al tratamiento instaurado sea este quirúrgico o no (quimioterapia), Fue la remisión completa aunque se presentaron casos de recurrencia las cuales se trataron de manera oportuna.
- e- El seguimiento post tratamiento se estableció mediante la realización de cuantificación de B-HCG semanal (vale aclarar que estos resultados eran gestionados de manera personal por las pacientes, ya que en la actualidad hay demora en la entrega de resultados de exámenes especiales, además con estudios de extensión como serie ósea metastasica, radiografía de tórax, ultrasonido abdominal y pélvico y tomografías según individualización de cada caso.

5.2. Recomendaciones

Al personal de salud:

Instruir al personal de salud (estudiantes, residentes y especialistas) sobre:

- El correcto llenado de la historia clínica orientada al cáncer, incluyendo antecedentes personales, familiares, etc.
- Describir todas las complicaciones que surgen durante y después del tratamiento oncológico, así como las medidas a tomar en caso de que se presenten las mismas.
- Minimizar el tiempo de realización de exámenes que diagnostiquen problemática en las pacientes para evitar así el avance del estadio de la enfermedad y garantizar inicio temprano del tratamiento.

A la población:

Recomendar a la población la realización del tratamiento oncológico y el cumplimiento de consulta externa para seguimiento estricto de la evolución de la enfermedad y así poder prevenir y diagnosticar las complicaciones que puedan surgir posterior al tratamiento.

5.3. Referencias Bibliográficas

1. Andrea A. (2015). Coriocarcinoma pos gestacional. Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia, 80, 405-411.
2. Céspedes D (2006),* Minerva Lazos Ochoa,* Vanesa Ventura Molina*. Coriocarcinoma gestacional. Revista médica del Hospital General de México, 69, 138-143.
3. García-Benasach F & Ríos-Vallejo M (2006). Metástasis cerebrales de coriocarcinoma tras una gestación a término. Prog Obstet Ginecol ;49(2):98-101.
4. Gerulath AH (2002). Gestational Trophoblastic Disease. SOGC Clinical Practice Guideline. May;(114). Disponible en: <http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/01/114E-CPG-May2002.pdf>.
5. Lay L. (2014). GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA Gin-10 Enfermedad Trofoblástica Gestacional. Obra Social de los empleados del comercio y actividades civiles, 1, 1-17.
6. Saviron R. et al, 2015. Casos clínicos, coriocarcinoma postgestacional, servicio obstétricos de oncología, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza España
7. Seckl MJ (2010), Sebire NJ, Berkowitz RS. Gestational trophoblastic disease. Lancet.; 376:717-29
8. Siegel R, et al. (2013), Cáncer Statistics, CA CANCER J CLIN 2013; 63: 11-30.

Anexo N° 1
8.Ficha de recolección de datos

1- DATOS DEMOGRAFICOS										
EDAD	Hasta 39				>39					
ESTADO CIVIL	Casada			Soltera			Acompañada			
ESCOLARIDAD	Primaria			Secundaria			Universitaria			
PROCEDENCIA	Urbana					Rural				
2- ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS										
GESTA	1-3		4-6		>6					
AGO	Partos		cesárea		Abortos		Legrados		Embarazo Molar	
MPF	Orales		Inyectables mensual			Inyectable trimestral		DIU		Otros
TIEMPO DE USO DE ANTICONCEPTIVOS	< 5				>5					
ULTIMA GESTACIÓN HASTA EL TX	Hasta 4 m			4-6 m		7-12 m		>13m		
3- ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES										
DIAGNOSTICO MEDICO	HTA			DM		EPOC		Cáncer		Inmunológicas
4- DIAGNOSTICO										
MANIFESTACION CLINICA	Bajo 0-6 puntos					Alto >- 7 puntos				
RIESGO	Bajo					Alto				
ETAPA CLINICA	I		II			III		IV		
B-HCG previa al tratamiento	1,000		10000-10000		10000-100000		>1000000			
USG PELVICO	Masa pélvica									
METASTASIS PREVIO AL TRATAMIENTO CANTIDAD	1-4 5.8			>8						
LOCALIZACION DE LAS METASTASIS	Pulmón SNC			Óseo Ninguna						

5- TRATAMIENTO										
TRATAMIENTO EMPLEADO	Quirurgico primario	Quirurgico adyuvante		No quirurgico						
QUIMIOTERAPIA	EMACO			EC						
CICLOS	II			VI			>VI			
REACCIONES ADVERSAS QUIMIOTERAPIA	Neutropenia				Otras					
6- SEGUIMIENTO										
B-HCG posterior al tratamiento	<5			>5						
METASTASIS POSTERIOR	SNC Óseo			Ninguna						
RESPUESTA AL TRATAMIENTO	Remisión completa		Recurrencia		Abandono Fallecida					

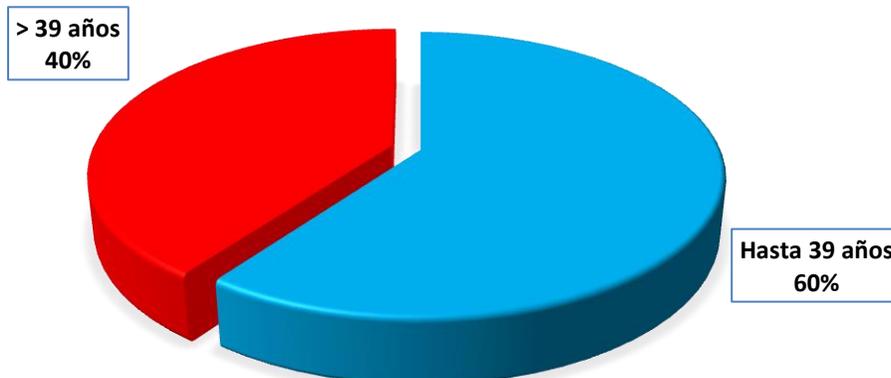
ANEXO N°2: GRAFICOS

GRAFICO N° 1
EDAD DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CORIOCARCINOMA,
HOSPITAL BERTHA CALDERÓN ROQUE DEL 2013 - 2016
FUENTE: TABLA #1.

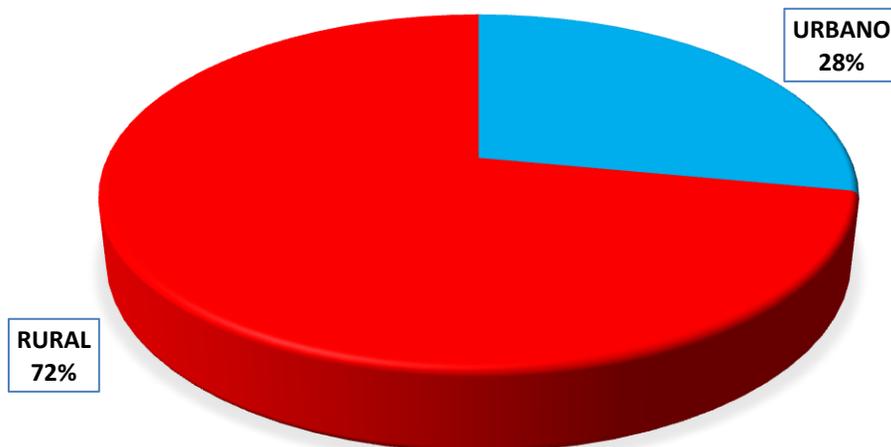
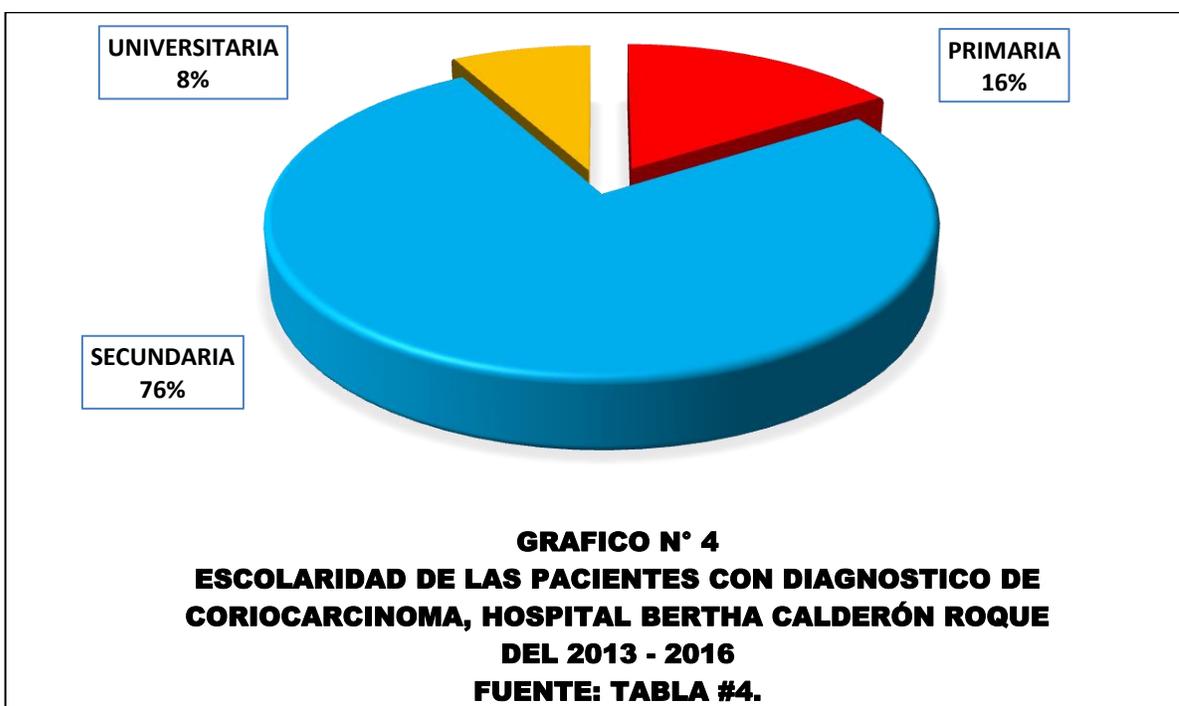
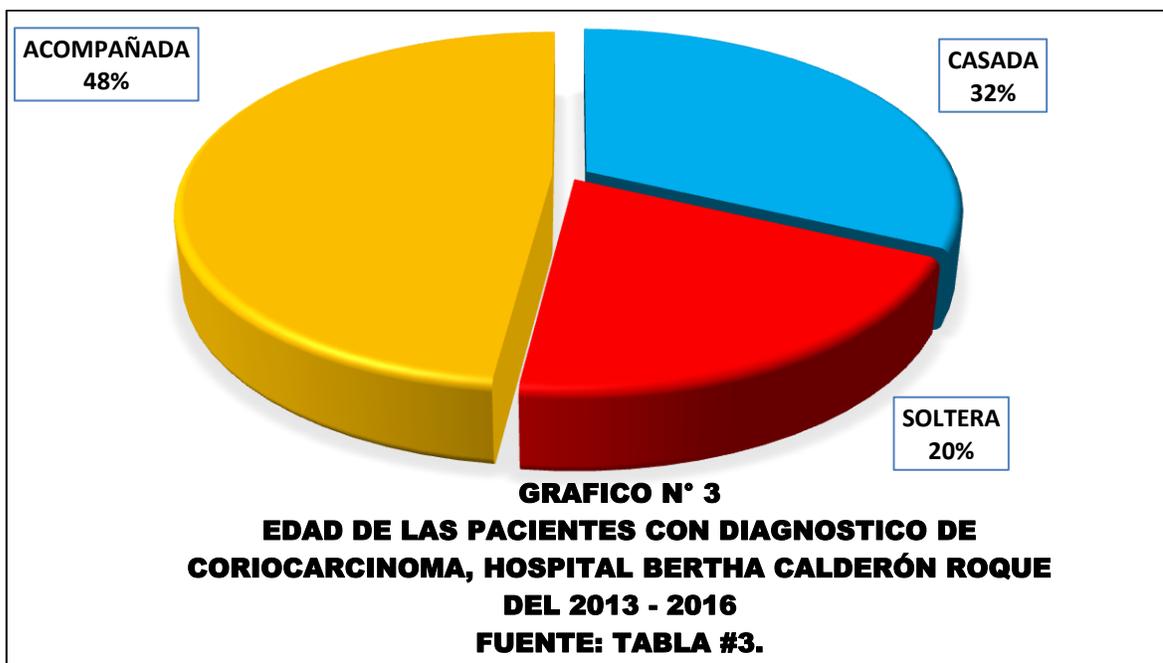


GRAFICO N° 2
PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE
CORIOCARCINOMA, HOSPITAL BERTHA CALDERÓN ROQUE
2013 - 2016
FUENTE: TABLA #2.



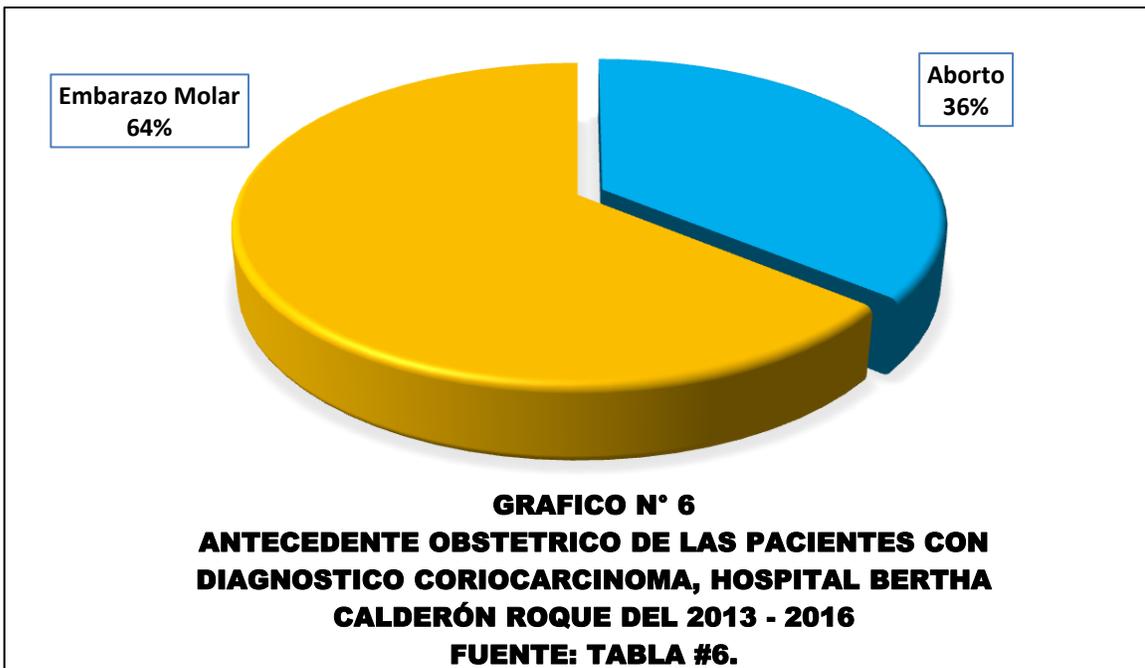
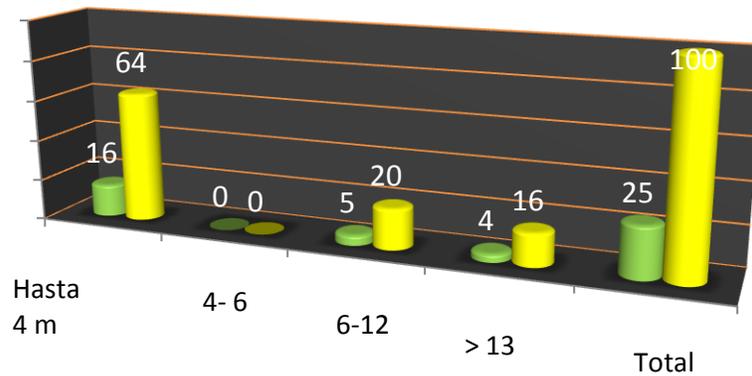
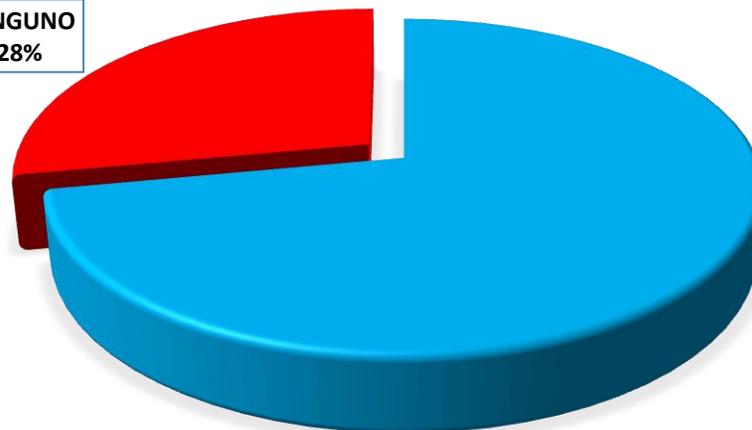


GRAFICO N° 7
TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA ULTIMA GESTA HASTA EL
INICIO DE TRATAMIENTO
EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO CORIOCARCINOMA,
HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE DEL 2013-2016
FUENTE: TABLA N°7



NINGUNO
28%



ORAL
72%

GRAFICO N° 8
METODO DE PLANIFICACION USADO POR LAS PACIENTES
CON DIAGNOSTICO DE CORIOCARCINOMA, HOSPITAL
BERTHA CALDERÓN ROQUE DEL 2013 - 2016
FUENTE: TABLA N°8

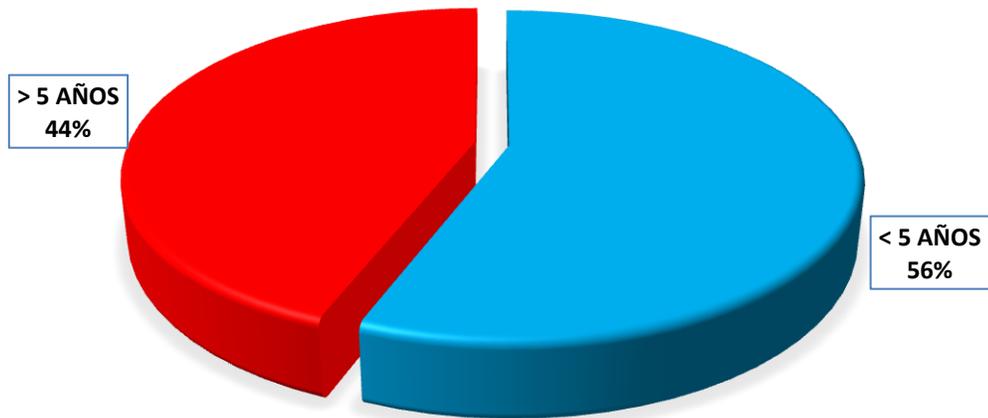


GRAFICO N° 9
TIEMPO DE USAR MPF POR LAS PACIENTES CON
DIAGNOSTICO DE CORIOCARCINOMA, HOSPITAL BERTHA
CALDERÓN ROQUE DEL 2013 - 2016
FUENTE: TABLA #9.

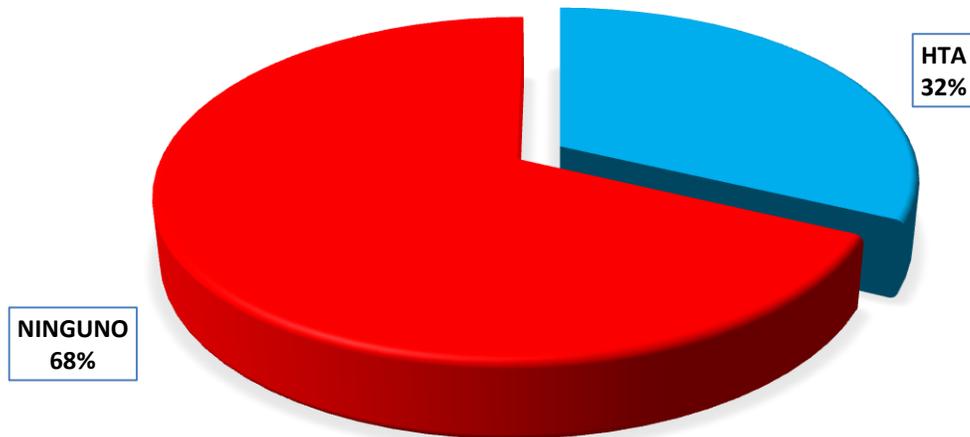


GRAFICO N° 10
ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES DE LAS
PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CORIOCARCINOMA,
HOSPITAL BERTHA CALDERÓN ROQUE DEL 2013 - 2016
FUENTE: TABLA #10.

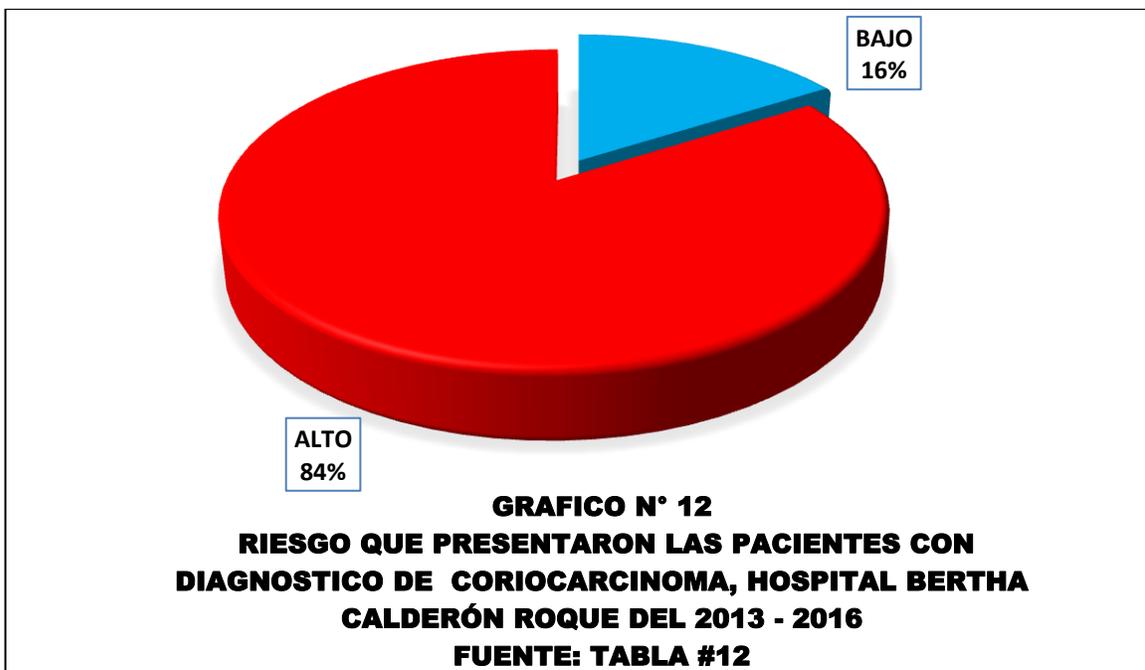
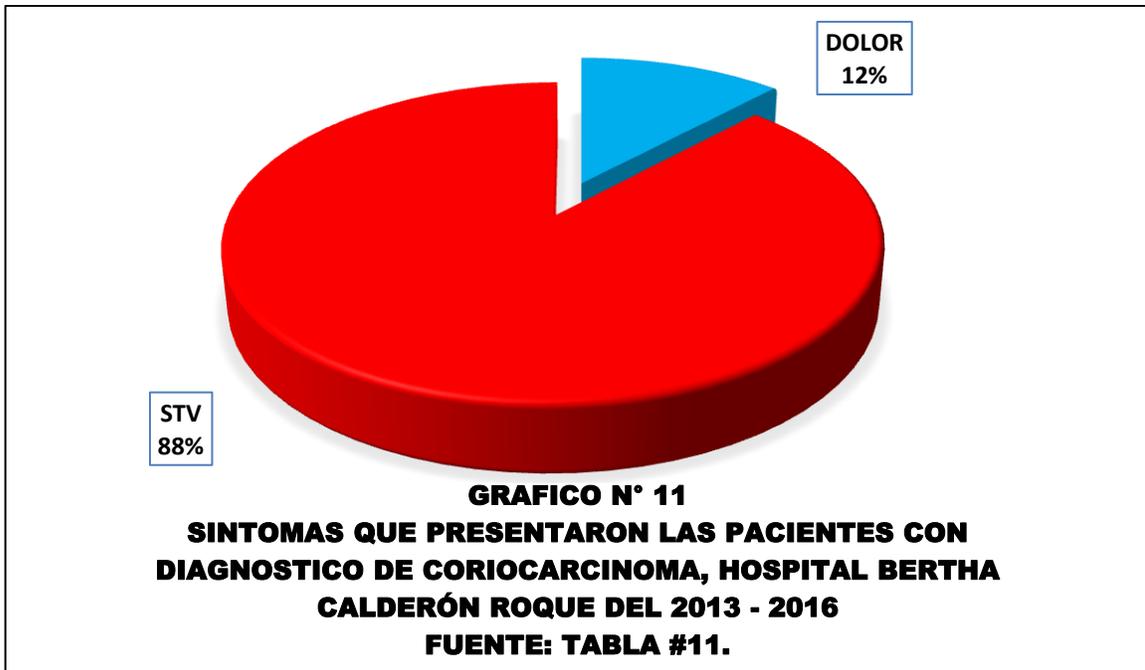
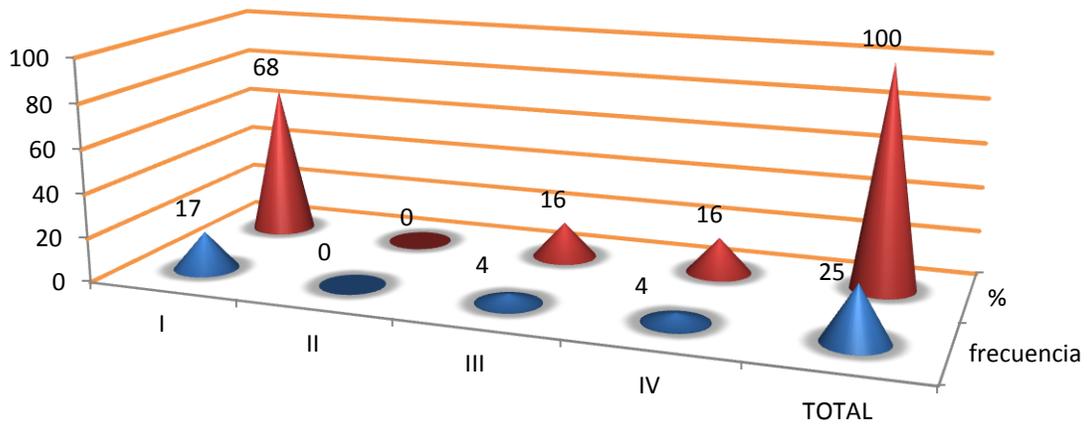
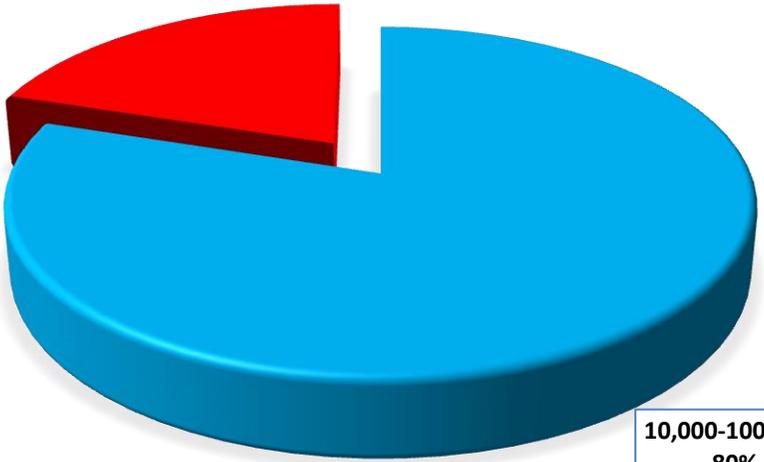


GRAFICO N° 13
ETAPA CLINICA ASIGNADA A LAS PACIENTES DIAGNOSTICADAS DE
CORIOCARCINOMA
HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE 2013-2016
FUENTE: TABLA N°13



> 1000,000
20%



10,000-1000,000
80%

GRAFICO N° 14
B-HCG ANTES DEL TRATAMIENTO QUE PRESENTARON LAS
PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CORIOCARCINOMA,
HOSPITAL BERTHA CALDERÓN ROQUE DEL 2013 - 2016
FUENTE: TABLA #14.

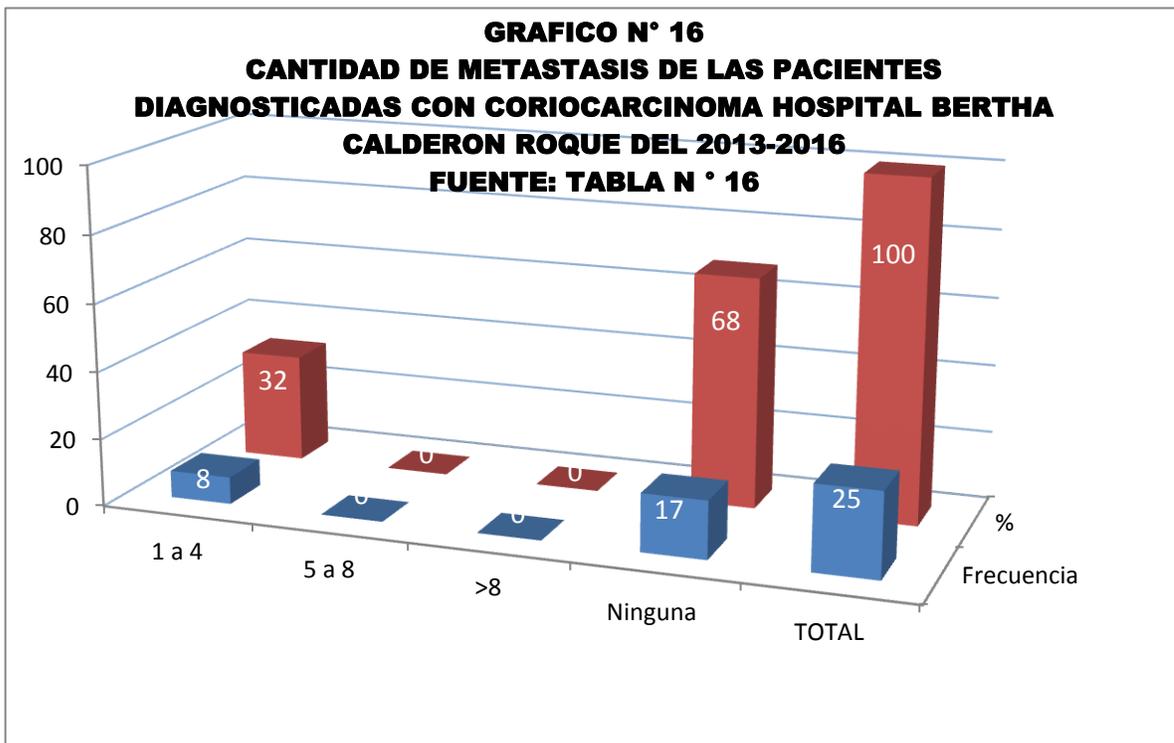
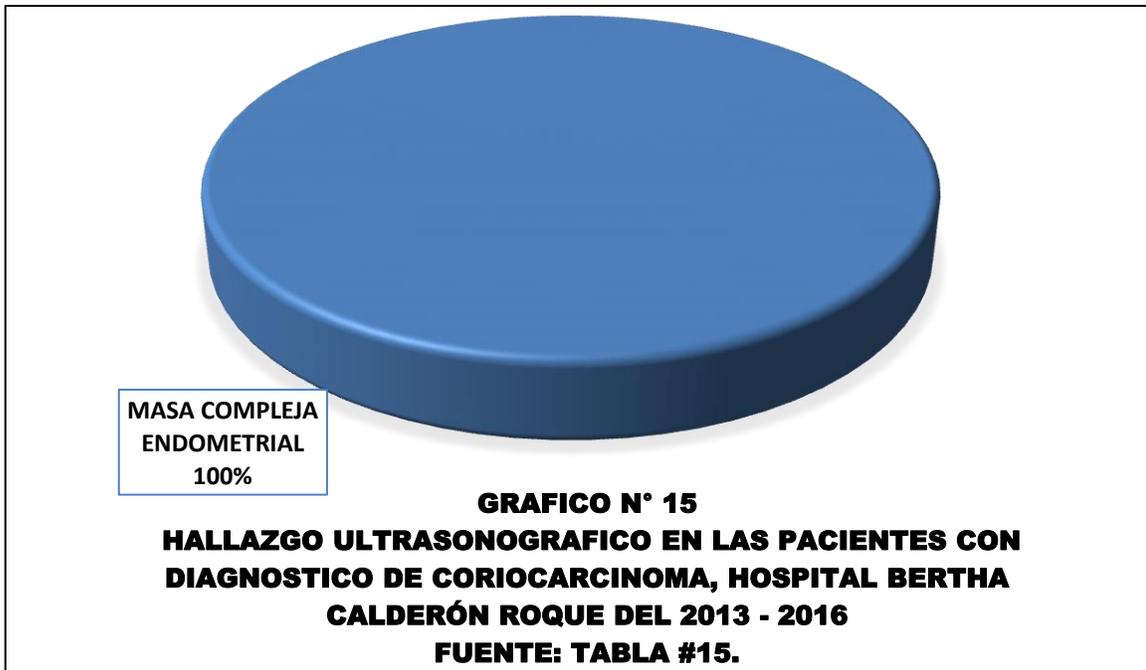


GRAFICO N° 17
TIPO DE METASTASIS DE LAS PACIENTES DIAGNOSTICADAS
CON CARIOCARCINOMA
HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE 2013-2016
FUENTE: TABLA N° 17

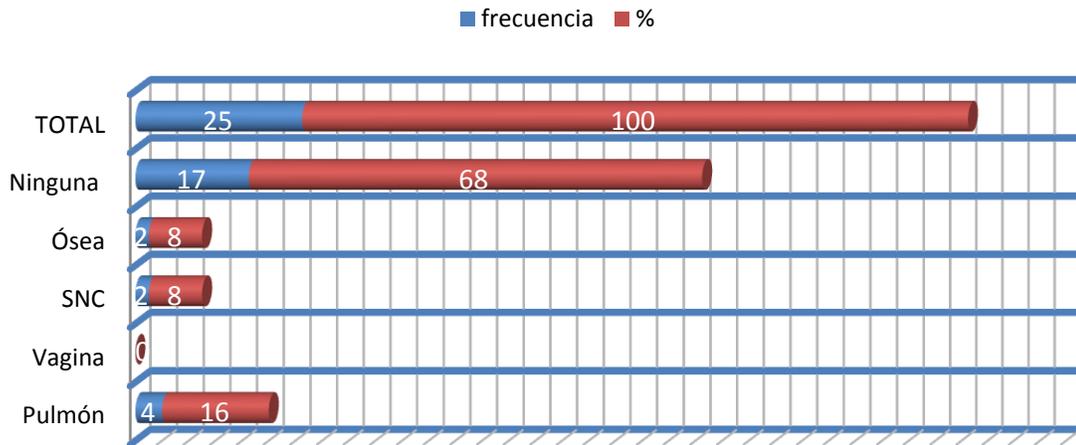
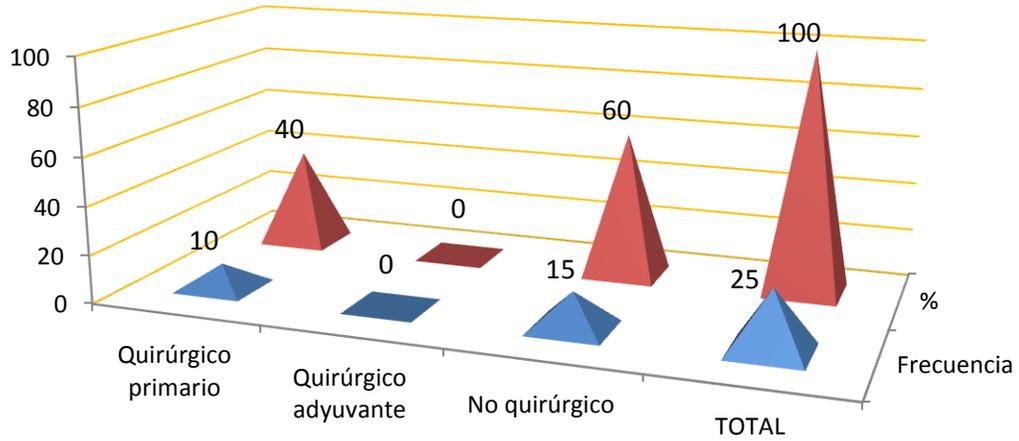


GRAFICO N° 18
TIPO DE TRATAMIENTO QUE RECIBIERON LAS PACIENTES
DIAGNOSTICADAS CON CORIOCARCINOMA
HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE DEL 2013-2016
FUENTE: TABLA N° 18



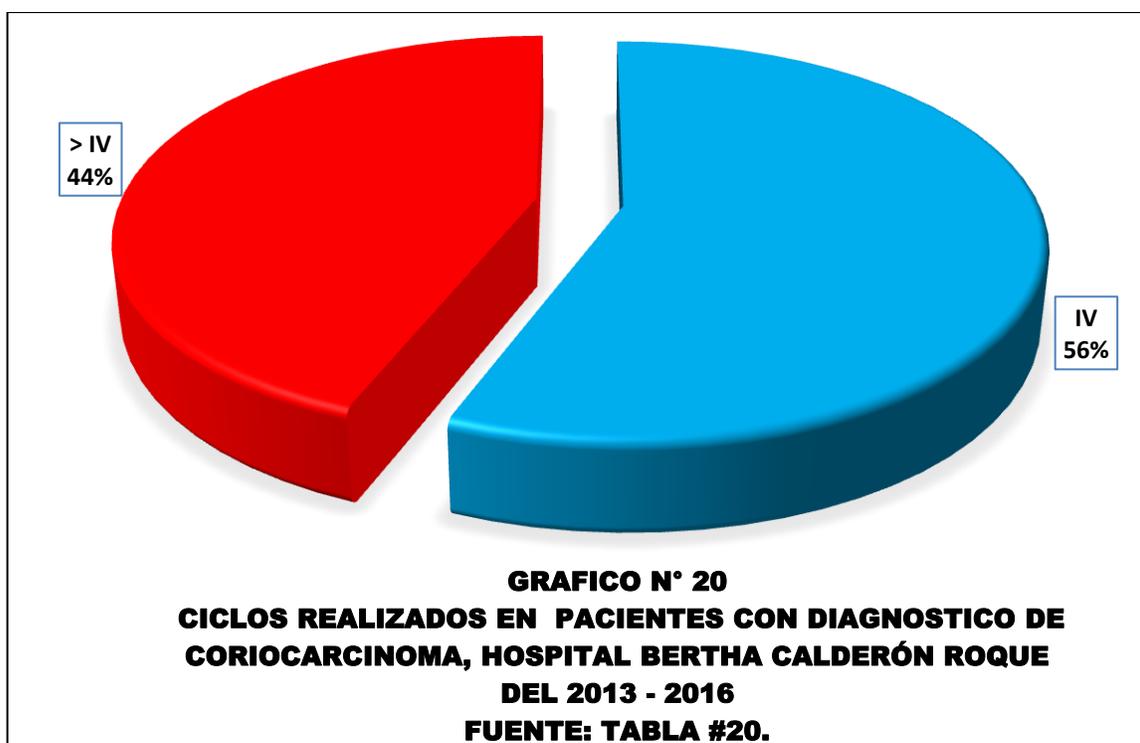
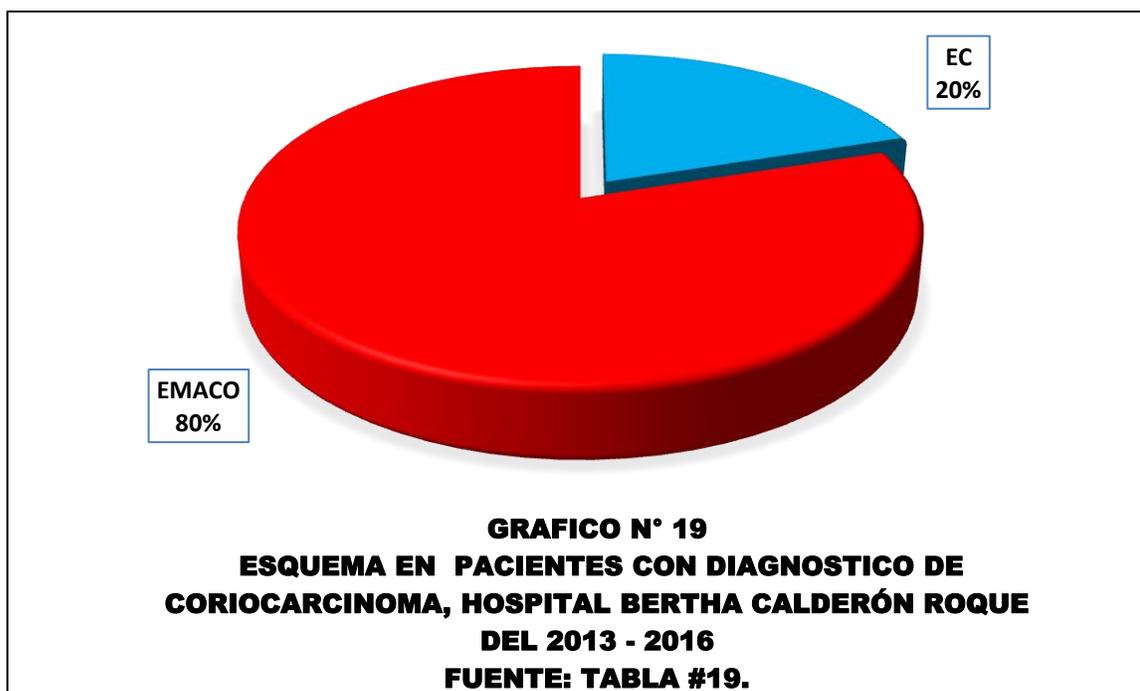


GRAFICO N° 21
EFFECTOS ADVERSOS A LA QUIMIOTERAPIA QUE
PRESENTARON LAS PACIENTES DIAGNOSTICADAS CON
CORIOCARCINOMA
HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE DEL 2013-2016
FUENTE: TABLA N° 21

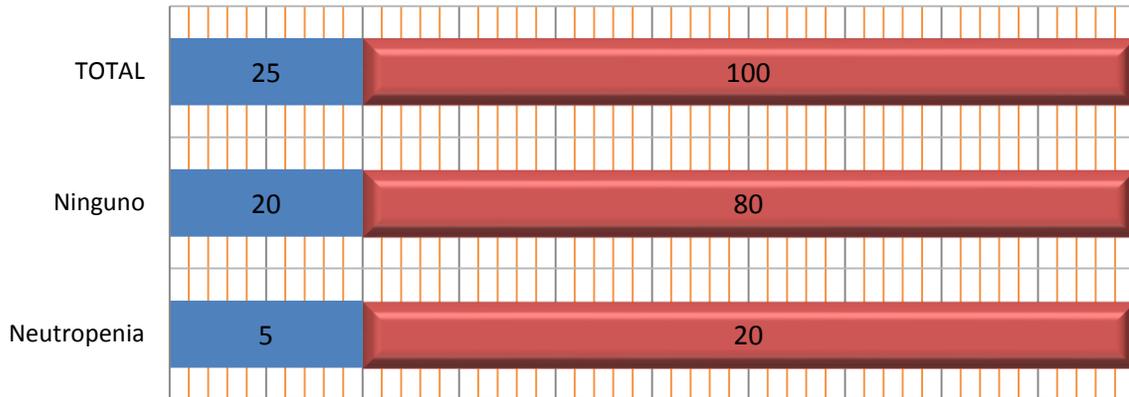


GRAFICO N° 22
VALOR DE B-HCG POSTERIOR AL TRATAMIENTO DE LAS
PACIENTES DIAGNOSTICADAS CON CORIOCARCINOMA
HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE DEL 2013-2016
FUENTE: TABLA N°22

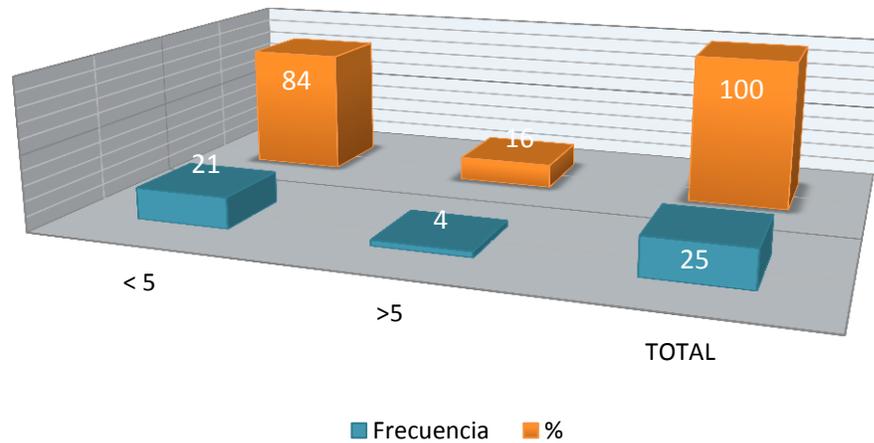


GRAFICO N ° 23
TIPO DE METASTASIS DE LAS PACIENTES DIAGNOSTICADAS
CON CORIOCARCINOMA
HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE DEL 2013-2016
FUENTE: TABLA N° 23

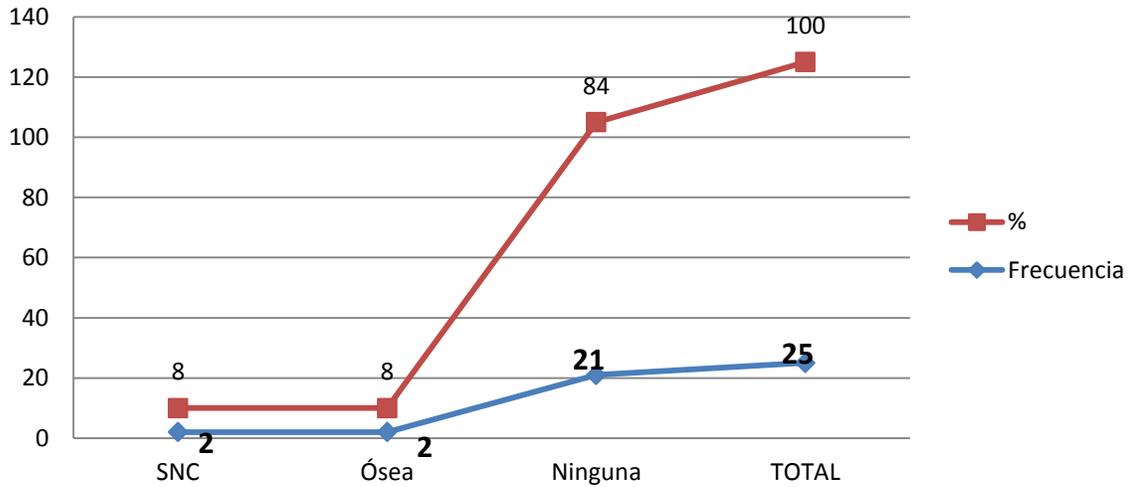
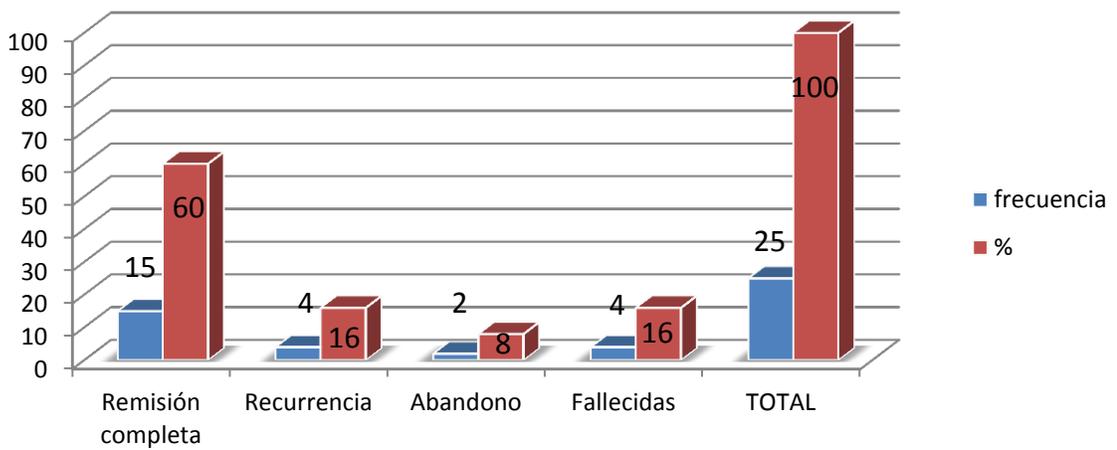


GRAFICO N° 24
RESULTADO FINAL AL TRATAMIENTO DE LAS PACIENTES
DIAGNOSTICADAS CON CORIOCARCINOMA
HOSPITAL BERTHA CALDRERON ROQUE DEL 2013-2016
FUENTE: TABLA N° 24



SCORE PRONOSTICO CONSENSO 2000/O2

Factores de riesgo	score	score	score	Score
	0	1	2	4
Edad	Hasta 39	>40	-	-
Antecedente de gesta	mola	aborto	termino	-
Intervalo desde fin de gesta hasta inicio de QT en mese	Hasta 4	4-6	6-12	>12
Mayor tamaño tumoral incluyendo al uterino cm	-	3 a 5	>5	-
Lugar de las metástasis	Pulmón vagina	Bazo, riñón	gastrointestinal	Hígado, cerebro
Numero de metástasis	-	1 a 4	5 a 8	>8
Quimioterapia previa	-	-	Simple droga	Dos o mas

