

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CONSIDERACIONES SOBRE EMBARAZO MOLAR

(REVISION DE 32 CASOS)

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE
GUATEMALA

Por

JULIO AUGUSTO MOLINA MUÑOZ

Ex-interno por oposición de las clínicas de Opatimología y Medicina General de la Consulta Externa del Hospital General. Ex-interno por oposición del 4o. Servicio de Cirugía de Hombres Sec. «B», Medicina de Niñas y Servicio de Complicaciones Prenatales del Hospital General. Ex-interno por oposición del Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt. Ex-interno del Centro Médico Guatemalteco. Ex-practicante del Servicio Médico de Emergencia de la Cruz Roja Guatemalteca.

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO.



Guatemala, Agosto de 1958.

PLAN DE DESARROLLO

CAPITULO I. — INTRODUCCION.

CAPITULO II. — FRECUENCIA.

Edad.

Antecedentes obstétricos.

Motivo de consulta.

Edad de embarazo en que principió la sintomatología.

CAPITULO III. — CUADRO CLINICO.

CAPITULO IV. — DIAGNOSTICO.

Diagnóstico provisional

Diagnóstico diferencial

Confirmación diagnóstica.

CAPITULO V. — FORMAS CLINICAS.

CAPITULO VI. — PRONOSTICO.

CAPITULO VII. — TRATAMIENTO.

CAPITULO VIII. — CONTROL CLINICO Y BIOLOGICO CONSECUTIVO

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

CAPITULO I. — INTRODUCCION

La dificultad encontrada en la confirmación diagnóstica del embarazo molar, nos hizo considerar de utilidad hacer una revisión de conjunto de los casos que se han presentado en el Centro Materno Infantil del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Es por ello que se estudiaron las observaciones de Embarazo Molar existentes desde el inicio de este centro en Mayo de 1953 hasta el 31 de Diciembre de 1957.

Durante este tiempo 21.474 casos fueron admitidos al centro, de los cuales 19.194 se resolvieron por partos y 2.248 fueron abortos; encontrándose 32 casos de Molas Hidatidiformes. Estas 32 observaciones de embarazos molares se estudiaron cuidadosamente, en la forma de evolución y sus distintas características presentadas por esta complicación en nuestro ambiente hospitalario, con el objeto de sacar conclusiones propias.

CAPITULO II. — FRECUENCIA

La frecuencia del embarazo molar dada por distintos autores es variable, oscilando de 1 : 3000 dada por Williamson y Lunde a 4 : 1000 dada por Kromer. La diferencia tan marcada dada por los autores se debe en parte a la forma de hacer el diagnóstico de embarazo molar, sea macroscópica o microscópicamente o al ambiente de estudio.

La frecuencia de Mola Hidatidiforme encontrada por nosotros, puede resumirse como sigue:

32 casos en 21.474 admisiones	o	0.149%
19.194 partos	o	0.166% y
2.280 abortos	o	1.42%

En otra forma, hay un embarazo molar por cada 670 admisiones, 599 partos y 70 abortos.

No hay duda que el embarazo molar es mucho más frecuente en los abortos que en los partos; así por ejemplo Hertig y Edmonds estudiando 27 huevos abortados encontraron degeneración hidatidiforme en el 40% de ellos. Esta degeneración llegó al 66.9% en los huevos patológicos, mientras que era de 11.6% en los huevos normales. El diagnóstico fué hecho en esta serie en forma microscópica.

Edad de las pacientes:

La edad de las pacientes que presentaron Embarazo Molar se encontraba desde 16 años en la más joven, hasta 41 en la de mayor edad. A continuación se numeran las edades en forma de cuadro:

Edad en años	No. de pacientes
16	1
17	1
18	2
19	1
22	5
23	3
24	2
25	1
27	1
28	2
29	3
31	1
32	1
33	2
37	1
39	2
41	1

Los autores piensan que el embarazo molar es más frecuente después de los 35 años, sin embargo, en nuestra serie sólo 4 pacientes eran mayores de esta edad. La edad más frecuente encontrada por nosotros fué de 20 a 25 años, donde encontramos 11 casos.

Antecedentes Obstétricos:

Los antecedentes obstétricos de las pacientes, tiene cierta importancia, ya que, la degeneración molar es más frecuente en las multiparas que en las primigestas, las cifras dadas para las primeras varían de 70% según M. Armstrong al 90% indicada por Levy. En nuestros casos el 81.25% fueron multiparas, es decir que la relación fué de 5 : 1; como se observa en seguida:

Primigestas	6 casos
Multigestas	26 casos

El número de embarazos de las multiparas fué variable, tal como puede notar en el cuadro que sigue:

No. de Embarazos	No. de Pacientes
2	5
3	5
4	5
5	2
7	2
8	1
9	1
10	2
11	1

La gravidez más frecuente encontrada por nosotros fué de 2-3-4 embarazos, las que sumaban 15 pacientes.

Diez enfermas tenían como antecedentes, abortos anteriores; ninguna de ellas había presentado partos distócicos u operatorios con anterioridad.

Motivo de Consulta o Ingreso al Hospital

La mayoría de las pacientes analizadas por nosotros consultaron o fueron admitidas al Hospital por hemorragia vaginal escasa, irregular y con duración variable de pocos días hasta dos meses; algunas de ellas aquejaban además dolores vagos de cintura y otras consultaron únicamente por amenorrea. De los 32 casos analizados, 25 consultaron solamente por hemorragia vaginal, 3 por hemorragia y dolores vagos de cintura y 2 por amenorrea; una de estas tenía 16 semanas de embarazo sin ningún síntoma agregado y otra paciente consultó por aborto ya efectuado.

Las pacientes que adolecen de Embarazo Molar, según el criterio clásico consultan frecuentemente por hemorragia vaginal, algunas llegan al médico quejándose de vómitos pertinaces o edemas de alguna consideración. En nuestros casos, varias pacientes presentaron síntomas de toxemia, pero éstos fueron hallazgos del examen médico y no figuraron como motivo de consulta.

Una de las enfermas que ingresó por hemorragia vaginal, reingresó por vómitos y anorexia marcadas.

Edad del Embarazo en que principió la sintomatología

La sintomatología o signos que hicieron sospechar, o en algunos ca-

Los casos que nosotros analizamos, aparecieron en edades muy diferentes del embarazo. La variación fué amplia oscilando entre 8 y 33 semanas. A continuación describimos estas edades en forma de cuadro, anotando edad del embarazo y número de casos:

Semanas de Embarazo	No. de casos
16	6
22	6
14	3
17	3
18	3
20	3
9	2
8	1
11	1
12	1
24	1
33	1

La sintomatología del Embarazo Molar principia de la novena a las diez y ocho semanas; de los casos analizados 21 pacientes tuvieron hemorragia vaginal antes de las 18 semanas; los 11 casos restantes presentaron este síntoma en fechas más avanzadas, si se analiza la evolución de estos últimos casos se encuentra que en 8 de ellos se hizo el diagnóstico de sospecha de Aborto frustrado lo que nos hace pensar que se trataba de embarazos molares de forma clínica de Mola Muerta. Consideramos que este tipo posiblemente es de sintomatología más tardía.

CAPITULO III. — CUADRO CLINICO

Los signos y síntomas de un embarazo molar y de un embarazo normal durante las primeras semanas son sensiblemente iguales, la amenorrea, los síntomas subjetivos como náuseas, vómitos, sialorrea, mareos así como la pigmentación morena a nivel de la línea blanca abdominal, los cambios y modificaciones en los senos, molestias gástricas y cambios en los genitales externos no difieren de los de un embarazo normal. Esta situación puede prolongarse por un tiempo variable y es frecuente que sea interrumpida por un conjunto de signos y síntomas que pueden hacer sospechar la presencia de una degeneración molar; los más frecuentes son:

1) **Metrorragias.** Casi todos los casos observados en este estudio ingresaron por hemorragia genital de mayor o menor duración; éstas fueron líquidas, con o sin coágulos, indoloras, sin antecedentes traumáticos y sin causa ostensible, generalmente intermitentes e irregulares, en la mayoría en cantidad escasa. sólo un caso ingresó con hemorragia copiosa, probablemente por aborto en curso; estas hemorragias se hacen cada vez más frecuentes y gradualmente más intensas o bien pueden ser desde el principio y duran hasta el momento en que se inicia el desprendimiento total de la mola. Es uno de los signos y probablemente el más frecuente del embarazo molar, se presenta en el 95% de los casos.

En los 32 casos observados por nosotros, 30 pacientes presentaban hemorragia vaginal más o menos abundante en el momento del examen; la duración de ella variaba de horas a dos meses como máximo. Los dos pacientes que no presentaban este síntoma se les hizo el diagnóstico de aborto frustrado y no presentaron alguna sintomatología que orientara a pensar en embarazo molar; fué realmente un hallazgo operatorio.

2) **Dolor de cintura y bajo vientre.** La paciente generalmente refiere que ha presentado dolor de cintura o bien, sensación de peso, pero lo más frecuente es que manifiesten dolores en el hipogastrio semejantes a los del parto o de un aborto, pero menos intensos, que se presentan durante el embarazo y que se hacen más frecuentes y prolongados cuando se inicia el desprendimiento y expulsión de la mola. Tres de los casos analizados acusaron dolor de cintura o dolores vagos en el bajo vientre en el momento de consultar.

3) **Signos y Síntomas de Toxemia.** Los signos de toxemia son observados con frecuencia en los embarazos molares, de todos es aceptado que el embarazo molar es más tóxico que el embarazo gemelar y mucho más que el normal. Sabido es que la única condición en que puede presentarse la Pre-eclampsia en la primera mitad del embarazo es coincidiendo con la mola hidatidiforme. Para el análisis de la sintomatología de toxemia en el presente trabajo hemos considerado todas las observaciones, investigando hipertensión arterial, edemas, náuseas y vómitos de importancia, la existencia de albuminuria en la orina y cefálea pertinaz.

De los 32 casos analizados, 9 presentaron síntomas de toxemia, dando un porcentaje de 28.12%. Hipertensión arterial fué observada en 6 casos oscilando en 140/90 a 180/110 mm. de Hg.; náuseas y vómitos de alguna consideración fueron observados en 5 pacientes, cefálea intensa en 2 enfermas; edemas y albuminuria (4.3 gr. por litro) en un caso. Todos los casos en que se observaron síntomas de toxemia presentaban crecimiento más rápido del útero, lo que nos hace pensar que se trataba de

embarazos molares de tipo activo. Sin embargo, en 2 casos de éstos se hizo el diagnóstico probable de aborto frustrado.

4) **Signos Uterinos.** Bajo el nombre genérico de signos uterinos del embarazo molar consideraremos en el presente trabajo las siguientes condiciones:

a) **Crecimiento exagerado del útero:** el crecimiento exagerado del útero significa para nosotros la discordancia entre la altura uterina (francamente más grande) y la amenorrea; es decir, aquellos casos en los cuales al medir el útero, esta medida es mayor que la que le correspondería según la edad última regla. Este es un signo de mucha importancia en el diagnóstico de mola hidatidiforme.

b) **Crecimiento irregular del útero:** el crecimiento irregular del útero se observa con alguna frecuencia en la degeneración molar del embarazo; esto quiere decir que examinando pacientes que adolecen de esta complicación, las medidas del útero fluctúan en forma apreciable, y la altura uterina no progresa como debía hacerlo normalmente, creciendo 4 cm. por mes.

c) **Blandura uterina:** La consistencia del útero grávido normalmente disminuye durante el embarazo. En la degeneración molar, posiblemente por la consistencia de su contenido, muestra el útero aún más reblandecido; tal vez es el tono uterino quien se relaja; lo cierto es que, úteros con embarazos molares se muestran flácidos, muelles, con la consistencia que corrientemente tiene una vejiga llena de orina.

d) **Ausencia de signos fetales:** Los signos fetales del embarazo se refieren en forma subjetiva de la paciente y más frecuentemente en forma objetiva del médico que examina a la señora. La percepción de movimientos fetales por la futura madre, es un signo subjetivo que aparece alrededor de la 20 o 22 semanas de gestación.

Los signos fetales objetivos, son los encontrados por el médico que examina, y se refieren a la palpación de partes fetales, percepción de movimientos y a la auscultación del corazón fetal y los movimientos del mismo. Estos son signos diagnósticos de seguridad de embarazo.

La ausencia de signos fetales en aquellos casos que por el tamaño del útero se sospecha un embarazo de mayor edad que 20 o 22 semanas, hace pensar en mola hidatidiforme; así pues, el examen de una grávida encuentra una altura uterina correspondiente a un embarazo de 20 o más semanas, y la palpación y auscultación son negativas en signos fetales, deben orientar al médico a sospechar este diagnóstico o el de aborto frus-

trado. Es importante relacionar estos datos con el tiempo de amenorrea, ya que su discrepancia confirma uno de los diagnósticos.

El análisis de nuestras observaciones médicas desde estos puntos de vista algunas veces es confuso y aún contradictorio; sin embargo, en la mayoría de los casos es importante y claro en la orientación diagnóstica. Las 32 observaciones de embarazo molar analizadas mostraron los siguientes datos:

	No. pacientes	Porcentaje
Crecimiento exagerado del útero	14	43.75%
Crecimiento irregular del útero	4	12.50%
Disminución de la consistencia	8	25%
Ausencia de signos fetales	12	37.50%

El análisis de estas distintas condiciones por separado es poco importante, el diagnóstico positivo se basa en la reunión de distintos signos en forma simultánea. Nuestras cifras indican en forma clara que la frecuencia de estos signos decrece como sigue: crecimiento exagerado, ausencia de signos fetales, disminución de la consistencia uterina y en último término, crecimiento irregular del útero.

e) **Examen radiológico:** Los datos dados por los rayos X para hacer diagnóstico de embarazo molar son importantes cuando el caso analizado se encuentra en edad que ya aparecieron focos de osificación. El resultado negativo del examen radiológico en pacientes cuya edad de embarazo por amenorrea o altura uterina está por encima de 18 semanas, confirma la sospecha del diagnóstico.

En las observaciones analizadas por nosotros, 5 casos fueron diagnosticados debido a la falta de signos radiológicos encontrados al examen; es decir, la utilidad de los rayos X fué de: 15.62%.

f) **Laboratorio:** La ayuda que el laboratorio presta al médico en el diagnóstico de mola hidatidiforme es valiosa en los embarazos molares activos; en los casos de embarazo molar muerto el laboratorio más bien desorienta el diagnóstico y hace pensar en aborto frustrado. En nuestro ambiente el laboratorio tiene poca experiencia en exámenes de titulación y dosificación de gonadotropinas, sin embargo, de los casos estudiados, su colaboración fué apreciable en 8 de ellos. En 4 casos el laboratorio nos desorientó dando 3 resultados negativos a pesar de la existencia de mola. En un caso con diagnóstico de aborto frustrado obtuvimos dos resultados de Galli Mainini positivo, siendo al final embarazo molar. En los casos restantes no se hizo exámenes de laboratorio.

CAPITULO IV. — DIAGNOSTICO

El diagnóstico de embarazo molar es difícil y algunas veces es un hallazgo operatorio. El análisis del diagnóstico de los casos que nosotros estamos presentando fué el motivo del presente trabajo, pero al estudiar las observaciones tuvimos la sorpresa de encontrar diagnósticos tan difíciles que pensamos no pudieron hacerse en el caso de degeneración molar del embarazo.

Para el desarrollo del presente capítulo, estudiaremos el diagnóstico de sospecha o provisional, el diagnóstico diferencial y en último término la forma como fué confirmado el diagnóstico.

1) **Diagnóstico Provisional:** El diagnóstico inicial hecho en los casos analizados fué variable, en algunos se creyó en embarazos normales o en embarazos de mayor o menor edad sin complicación alguna. Cuando se pensó en embarazos complicados los diagnósticos iniciales fueron: Amenaza de aborto, aborto incompleto, embarazo ectópico, aborto frustrado, óbito fetal, embarazo de 30 semanas con parto prematuro y glomerulonefritis aguda con hipertensión arterial. El cuadro siguiente indica la frecuencia con que los distintos diagnósticos fueron hechos:

	No. de casos	— Porcentaje
Embarazo normal de menor edad	2	6.56%
Embarazo normal de mayor edad	2	6.56%
Amenaza de aborto	16	50. %
Aborto incompleto	4	12.5 %
Aborto frustrado	11	34.37%
Óbito fetal	1	3.12%
Embarazo 30 semanas y parto prematuro ...	1	3.12%
Glomerulonefritis aguda con hipertensión arterial	1	3.12%

La divergencia de diagnósticos provisionales que se hicieron en la admisión de las pacientes estudiadas, confirman en forma segura lo difícil del diagnóstico de embarazo molar. Aún después del apoyo de los exámenes de laboratorio y la observación clínica de las pacientes hospitalizadas, los diagnósticos fueron muy variables y muchas veces la sospecha del diagnóstico definitivo fué lejana.

2) **Diagnóstico Diferencial:** No entraremos en detalles ni analizaremos cuidadosamente los signos o síntomas que diferencian las distintas entidades patológicas que pueden ser confundidas con el embarazo molar. Podríamos decir que todos los cuadros clínicos enumerados en

el diagnóstico de sospecha se prestan a confusión con el embarazo molar, y por lo tanto es con ellos con los que hay que hacer el diagnóstico diferencial. A continuación enumeramos las entidades patológicas que fueron consideradas como posibles diagnósticos en la evolución de los casos analizados, así pues, además de las complicaciones indicadas en el diagnóstico provisional fueron la fibromatosis uterina, el quiste del ovario, el desprendimiento prematuro de placenta normalmente incertada, la pre-eclampsia y los vómitos incoercibles, entidades con las que se debe hacer diagnóstico diferencial.

Como dijimos anteriormente no entraremos en detalles, enumerando los signos o síntomas que diferencian las entidades clínicas sospechadas y el embarazo molar. Consideramos más útil transcribir o resumir algunos cuadros clínicos que hicieron sospechar los diagnósticos más diferentes.

Caso No. 3858-54: El presente caso fué muy interesante ya que la historia, antecedentes y datos encontrados para el examen hizo diagnósticos muy diferentes.

Parto Prematuro con Óbito fetal: Se hace el diagnóstico de amenaza de parto prematuro con óbito fetal por la historia de dolores intermitentes en la parte baja del abdomen que se irradian a la región lumbar y hemorragia vaginal de mediana intensidad; al examen se encuentra tensión arterial de 125/80, 80 de pulso y 37.5° C. de temperatura; el examen obstétrico encuentra un útero con contracciones y una altura uterina que corresponde a 30 semanas, la auscultación del foco es negativa y al tacto rectal el cuello está cerrado, con hemorragia vaginal escasa.

Pre-eclampsia: Cuando éste caso fue reconsiderado se enumeró como diagnóstico posible el de toxemia de tipo pre-eclampsia. Este diagnóstico fué sugerido de acuerdo a los siguientes datos: Hipertensión arterial de 170/80, útero correspondiendo a un embarazo de 30 a 32 semanas y edemas de cierta consideración.

Desprendimiento prematuro de placenta normalmente incertada: El diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta fué fundamentado en los antecedentes de toxemia pre-ecláptica de la paciente, historia de hemorragia de algunos días, las características del útero, que se encontraba contracturado, hipertónico, de madera; la dificultad del diagnóstico de la presentación y posición fetal y la falta de foco que sugería la existencia de un feto muerto in útero. Además el estado general de la paciente con anemia intensa sin haber presentado una hemo-

rragia externa de consideración, lo que hacía suponer la presencia de hemorragia intrauterina considerable.

Es interesante observar cómo un mismo caso que en definitiva fué un embarazo molar inclinó a hacer diagnósticos tan diferentes; sin embargo, la enumeración anterior de los diagnósticos diferenciales hacen pensar en estos diagnósticos como provisionales.

Aborto frustrado: El diagnóstico de aborto frustrado se hace con relativa frecuencia en los embarazos molares, es lógico considerarlo así cuando se trata del tipo de mola muerta. En estos casos el útero deja de crecer, los signos de embarazo desaparecen y los signos de vida fetal que deberían aparecer en edad oportuna son negativos. En el análisis de nuestros casos 11 pacientes fueron diagnosticadas como aborto frustrado. El caso que resumimos a continuación es un buen ejemplo.

Caso No. 1747-56: Paciente de 31 años de edad que llega a la consulta prenatal el 2 de mayo de 1956, consultando por embarazo normal de 11 semanas de amenorrea. El examen médico general y ginecológico concuerdan con la existencia de un embarazo normal de once semanas. La señora asistió a las reconsultas prenatales con regularidad y sin acusar molestias, salvo dolor de cintura cuando tenía 21 semanas y el 8 de agosto hemorragia vaginal escasa, en esta oportunidad el foco fetal no fué audible. En su siguiente consulta el 17 de septiembre, la paciente no aquejaba molestias pero al examen demuestra la ausencia de foco fetal con un embarazo de 25 semanas hace sospechar el diagnóstico de aborto frustrado. Dos exámenes negativos de Galli Mainini confirmaron la sospecha, por lo cual fué hospitalizada el 10 de octubre. El diagnóstico de embarazo molar fué una sorpresa quirúrgica, cuando al practicarle se legrado se obtuvieron abundantes vesículas hidrópicas. El estudio microscópico del producto de raspado confirmó el diagnóstico de mola hidatidiforme.

Vómitos incoercibles del embarazo: Las pacientes que presentan mola hidatidiforme consultan al médico con cierta frecuencia por náuseas y vómitos abundantes, en estos casos la existencia de un embarazo en el primer trimestre acompañado de náuseas y vómitos de consideración hacen el diagnóstico de vómitos graves del embarazo. La paciente del caso No. 3059-56 aquejaba náuseas y vómitos intensos y al examen estaba francamente deshidratada, angustiada y no retenía los alimentos. Fué tratada por hiperemesis gravídica y algún tiempo después se hizo el diagnóstico de mola hidatidiforme.

Además de los diagnósticos enumerados, a veces es posible confundir el embarazo molar con la endometritis decidua y el embarazo complicado con cáncer del cuello.

3) **..Confirmación diagnóstica:** El síntoma patognomónico de embarazo molar es la existencia de vellosidades coriales quísticas, hidrópicas en forma de racimos de uvas. Naturalmente cuando se tiene la oportunidad de observar las vellosidades, el embarazo molar se encuentra ya en forma de aborto en evolución, o aborto efectuado completa o incompletamente, y el problema diagnóstico ya no existe. La dificultad diagnóstica se encuentra antes de esta situación final, hemos clasificado los síntomas de confirmación diagnóstica, para el análisis de nuestros casos como sigue:

a) **Datos clínicos:** Los datos clínicos encontrados al examen, generalmente hacen diagnóstico de sospecha y es más bien la evolución la que confirma el diagnóstico. Hemos considerado como síntomas de sospecha la existencia de signos uterinos de embarazo molar, es decir: crecimiento exagerado, crecimiento irregular del útero, consistencia blanda del mismo y la falta de signos de vitalidad fetal. El hallazgo al examen ginecológico de vesículas hidatidiformes a nivel del cuello o en la vagina, naturalmente son signos confirmatorios. En nuestros casos 10 pacientes con signos uterinos hicieron diagnóstico de sospecha o lo confirmaron y 5 casos de visualización de vesículas hidrópicas en el cuello o la vagina confirmaron el diagnóstico.

b) **Laboratorio:** La dosificación de gonadotropina en la orina, el suero sanguíneo y el líquido cefalorraquídeo es un signo de seguridad diagnóstica cuando en los dos primeros sobrepasa de 40.000 Unidades internacionales.

En nuestro medio ésta dosificación fué posible únicamente en la orina de las pacientes, algunas veces el resultado fué confuso, pero en 9 casos el diagnóstico confirmatorio fué hecho por este medio.

Las reacciones de investigación de embarazo deben ser positivas en los embarazos molares, sin embargo, en la forma clínica de mola muerta pueden ser negativas y orientar el diagnóstico hacia aborto frustrado. Encontramos 3 casos en los cuales el Galli Mainini fué negativo aunque el diagnóstico definitivo fué de mola hidatidiforme.

c) **Radiología:** Los Rayos X confirman el diagnóstico de embarazo molar cuando dan resultado negativo en embarazo de 18 o más semanas de edad; en que aparecen los puntos de osificación fetal o existe ya formado el esqueleto del niño. En las 32 observaciones analizadas por nosotros, 5 casos fueron confirmados por la radiografía del abdomen, que mostraba ausencia de esqueleto o puntos de osificación fetal.

Su resultado fué muy interesante en el caso No. 3858-54 en que se habían hecho los diagnósticos de embarazo de 30 semanas con preclampsia y óbito fetal por desprendimiento prematuro de placenta normalmente incertada. Con el objeto de orientar diagnóstico de presentación la paciente fué enviada a rayos X y fué una sorpresa el resulta-

do indicando ausencia de esqueleto y puntos de osificación. Este examen orientó y confirmó el diagnóstico de embarazo molar.

d) **Quirúrgico:** La confirmación quirúrgica de los casos quiere decir el hallazgo de vesículas hidatídiformes en el momento del legrado uterino. Algunas veces existía la sospecha diagnóstica y en otros fue realmente una sorpresa la aparición de ellas.

En nuestros casos se confirmó el diagnóstico de embarazo molar en la forma indicada seguidamente:

	No. de casos	Porcentaje
Clinicamente	16	50 %
Laboratorio	9	28.12%
Radiológico	5	15.62%
Quirúrgico	11	34.37%

Si se analizan las cifras dadas anteriormente se observa que el número total de casos es mayor al analizado; esto se debe a que en varias oportunidades el mismo caso fué confirmado por distintos factores como se demuestra en el siguiente cuadro:

Clinico	5 casos
Laboratorio	2 »
Quirúrgico	8 »
Clinico y Radiológico	3 »
Clinico y Laboratorio	3 »
Clinico y Quirúrgico	4 »
Clinico, Laboratorio y Rx	2 »
Clinico, Laboratorio y Quir	2 »
Aborto Molar espontáneo	3 »

CAPITULO V. — FORMAS CLINICAS

La mola hidatídiforme ha sido clasificada en distintas formas clínicas atendiendo a ciertos factores especiales, así, según la extensión de la degeneración hidrópica de las vesículas se habla de molas parciales y molas completas o totales; atendiendo a la existencia o no de embrión en la cavidad uterina se las clasifica en embrionadas y huecas; de conformidad con la sintomatología, la repercusión sobre los humores de la paciente y los resultados de laboratorio, se les nombra activas y muertas; y por último se ha clasificado el embarazo molar en tipos de malignidad según las características microscópicas del producto de raspado.

Sólo una observación de las estudiadas presentaba embrión, las demás eran huecas, los datos encontrados en la papelería no son claros en relación si alguna de las molas era parcial, consideramos posible que la mola embrionaria era parcial y que también algunas de las que tenían como diagnóstico provisional aborto frustrado lo hayan sido. Creemos que los casos con resultados negativos de Galli Mainini y algunos de los diagnósticos provisionales de frustrado hayan sido molas muertas. El resultado del examen microscópico del producto de respaldo habla únicamente de embarazo molar de tipo de mola benigna, sin tratar de hacer clasificación de tipos de malignidad.

Siguiendo nuestros conceptos anteriores podemos clasificar los casos estudiados en los tipos que siguen:

Mola Embrionada	1 casos
Mola Hueca	31 »
Mola Total	26 »
Mola Parcial	6 »
Mola Muerta	11 »
Mola Activa	21 »

CAPITULO VI. — PRONOSTICO

La degeneración molar de las vellosidades coriales es una complicación grave del embarazo. Muchas mujeres han muerto consecutivamente a molas hidatídiformes y algunas a la degeneración de ésta en Corioepitelioma. Así según De Lee, la mortalidad después del año 1930 es de 2% para la mola y 10% para el Corioepitelioma.

En nuestros casos no hubo muertes maternas y por lo tanto la mortalidad fué nula.

La morbilidad del embarazo molar es alta ya que produce hemorragias considerables, con shock y anemia agudas, favorece la producción de infecciones intrauterinas, especialmente si se recuerda que son pacientes en condiciones difíciles y con defensas pobres. La concomitancia de signos de toxemia, como náuseas y vómitos abundantes desmejoran francamente la condición nutritiva de las pacientes colocándolas en situaciones precarias y por lo tanto exacerbando la morbilidad de cualquier complicación infecciosa. Al analizar nuestras pacientes hemos estimado la morbilidad de esta complicación en los rubros siguientes: existencia de fiebre, anemia, shock, deshidratación, trastornos hepáticos y digestivos, trastornos renales, necesidad de transfusiones que indica naturalmente la intensidad de la anemia, y las condiciones de tratamiento quirúrgico. Estas distintas condiciones son el resultado del efecto del embarazo molar sobre la paciente y por consiguiente puede ser un punto estimativo de su morbilidad.

CAPITULO VII. — TRATAMIENTO

El tratamiento consistió en la evacuación uterina, la lucha contra la anemia hemorrágica con transfusiones y la profilaxis o tratamiento de la sepsis con antibióticos.

Evacuación uterina: Siempre que el diagnóstico de embarazo molar estaba confirmado se trataba de vaciar la cavidad uterina. La forma de evacuación es variable según el criterio de las distintas escuelas.

Algunos autores piensan, que la forma más lógica es el vaciamiento a cielo abierto del útero con laparotomía e histerotomía; ellos piensan que en esta forma se está más seguro de la limpieza de la cavidad uterina, y por lo tanto hay menos riesgos de hemorragias profusas y anemia aguda secundaria. Además la dificultad de desencadenar el trabajo de aborto es un problema que se obvia en esta forma de tratamiento.

Otros autores consideran que la vía más lógica es la evacuación por las vías naturales, evitando así dejar un útero con una cicatriz corporea que tiene riesgo de rotura en un embarazo posterior. Es cierto, sin embargo, que los úteros de embarazo molar corriente son difíciles para su inducción, y por lo tanto a veces es necesario inducciones repetidas; también el riesgo de las hemorragias prolongadas y más o menos profusas son un peligro importante en estas complicaciones del embarazo. En los casos analizados por nosotros, solo un caso fué resuelto por vía alta con laparotomía histerotomía y legrado a cielo abierto. Dicho caso es la observación clínica No. 1098-57, es una señora de 30 años de edad, G. 10, P. 8, de los cuales 5 niños viven y están sanos. Esta paciente después de confirmarse su embarazo molar, se indujo en tres oportunidades sucesivas con resultado inefectivo. El estado general de la paciente se desmejoraba en forma marcada y atendiendo a sus antecedentes obstétricos y fracasos de las inducciones se solucionó por vía alta. El postoperatorio fué sin complicaciones excepto, dos días con febrícula de 37.8° y 37.5° C.

Las 31 pacientes restantes, se solucionaron por las vías naturales; de éstas una con aborto incompleto efectuado, 8 pacientes iniciaron su aborto en el hospital, es decir con aborto en evolución y tres fueron inducidas con dextrosa pitocín y legradas posteriormente. En 7 casos el cuello fué dilatado con bujías de Hégar y se les practicó legrado consecutivo.

De los legrados uterinos practicados a estas pacientes, 19 fueron instrumentales utilizando cucharilla roma, en tres casos se utilizó pinza de anillos, dos fueron digitales y en siete casos se recurrió a la dilatación de cuello previamente a practicar el vaciamiento uterino. En tres

oportunidades los legrados fueron incompletos y fué necesario hacerles una nueva limpieza uterina. En todos los casos después de efectuar el vaciamiento uterino se inyectaron ocitócicos intramuscularmente, ya sea Methergín, Ergotrate o Pitocín; en dos casos fué necesario taponar la cavidad uterina con el objeto de evitar hemorragias posteriores.

La anestesia empleada para solucionar estos casos fué: en 22 casos anestesia endovenosa tipo Surital o Pentotal «gota a gota» en trece casos anestesia por inhalación con Ciclopropano o éter. En ninguno de los casos hubo que lamentar complicaciones anestésicas y sólo 4 casos presentaron shock de alguna consideración.

CAPITULO VIII. — CONTROL CLINICO Y BIOLOGICO CONSECUTIVO

Se recomienda vigilancia cuidadosa de la paciente que ha presentado un embarazo molar por un tiempo que llega hasta dos años; además éstas pacientes deben ser controladas periódicamente con dosificaciones hormonales para diagnosticar oportunamente degeneraciones a corioepitelioma. En nuestro centro hospitalario no disponemos de condiciones apropiadas de laboratorio para hacer dosificaciones hormonales. Las pacientes fueron vigiladas por síntomas anormales y en un número considerable fueron practicadas reacciones de laboratorio (Galli Mainini) en una o más oportunidades para descartar posibles degeneraciones malignas. Diez pacientes no regresaron a consultas postlegrado y por consiguiente no fueron vigiladas, sin embargo, tres de ellas regresaron algún tiempo después y tuvieron un parto espontáneo. Esta inasistencia a las consultas posteriores hace suponer que no presentaron alguna complicación.

Los 22 casos restantes fueron vigilados por algún tiempo en la consulta externa del centro y se les practicó reacciones de Galli Mainini para excluir posibles degeneraciones malignas; a 15 pacientes una sola reacción, a 6 casos dos reacciones y a 1 paciente tres reacciones de Galli Mainini.

Los post-operatorios fueron sin complicaciones, excepto en tres casos en que hubo necesidad de nuevo legrado por vaciamiento incompleto y en 9 casos (28.11%) se presentaron quistes luteínicos y hemorragias funcionales consecutivas. En ninguno de los casos analizados hubo degeneración maligna de conformidad con las observaciones estudiadas.

9a.—La diferenciación diagnóstica se hace frecuentemente con el aborto de embarazo normal en cualquiera de sus formas de evolución y especialmente el aborto frustrado.

10a.—En 11 de nuestros casos se hizo el diagnóstico de aborto frustrado, dando un 34.37% de frecuencia. Por lo tanto siempre que se haga éste diagnóstico debe sospecharse la degeneración hidrópica de las vellosidades coriales.

11a.—El pronóstico del embarazo molar es reservado, ya que puede sufrir degeneración maligna y presenta una morbilidad elevada. La mortalidad y degeneración en Corioepitelioma no se presentó en nuestros casos.

12a.—El tiempo promedio de hospitalización fué de 14 días en nuestras pacientes, oscilando de 4 a 88 días.

13a.—El tratamiento del embarazo molar consiste en la evacuación uterina, la reposición de la sangre perdida y la lucha contra la infección. La vía abdominal fué utilizada en un caso para evacuar el útero y en 31 se utilizó las vías naturales.

14a.—El control posterior de las pacientes de embarazo molar debe ser cuidadoso y consiste en la vigilancia de síntomas anormales y el control de laboratorio.

15a.—El análisis de nuestras observaciones clínicas, tiene importancia ya que es la única forma de conocer nuestra propia patología.

Julio Molina Muñoz.

Vo. Bo.

Dr. Aquiles Jiménez Pinto.

Decano.

**Dr. Ernesto Alarcón,
Imprimase:**

— BIBLIOGRAFIA —

- 1.—Botella Llusia José. Curso elemental de Ginecología, fascículo II Patología Obstétrica. Editorial Científico Médica. 3a. Ed. 1955, XXVII, 643, p. 197 a 211.
- 2.—Corres Calderón Joaquín. Lineamientos generales para el control clínico biológico en enfermas con Mola Hidatidiforme. Revista de Ginecología y Obstétrica de México. Vol. IX, año IX, No. IV, Agosto 1954, p. 250-61.
- 3.—Curtis Arthur Hale. Ginecología, Salvat S. A. 6a. Ed. 1953 XVI, 791, p. 351-60.
- 4.—Dexeus Font S. y Dexeus Trias de Bes J. Ma. Tratado de Obstetricia, Tomo II, Salvat S. A., 2a. Ed. 1957. XVI, 1702, p. 999 a 1010.
- 5.—De Lee Joseph y J. P. Greenhill. Principios y Práctica de Obstetricia, Tomo I. UTHEA, 2a. Ed., 1955, X, 716, p. 690 a 701.
- 6.—Litzenberg Jennings C. Sinopsis de Obstetricia. UTHEA, 1a. Ed. 1941, XVI, 452, p. 258-62.
- 7.—Moragués Bernat Jaime. Clínica Obstétrica. El Ateneo, 7a. Ed. 1957, 704, p. 338-44.
- 8.—Novak Emil. Ginecología y Obstetricia. Editorial Alhambra S. A. 3a. Ed. 1954, XVI, 614, p. 521-61.
- 9.—Wharton Lawrence R. Ginecología. Editorial Interamericana, S. A. 2a. Ed. 1950, XXVI, 1013, p. 555-61.
- 10.—Zuckermann Conrado. Corioma y Corioblastoma. Revista de Ginecología y Obstetricia de México. Vol. VIII, año VIII, No. I, Febrero 1953, p. 7-21.
- 11.—Archivo del Centro Materno Infantil del Instituto de Seguridad Social. Guatemala.