

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**MOLA HIDATIDIFORME, EXPERIENCIAS EN EL HOSPITAL
NACIONAL DE HUEHUETENANGO**
(Revisión retrospectiva de 5 años)

EDGAR ROLANDO ANDRINO LOPEZ

INTRODUCCION

El propósito del presente estudio es recopilar las experiencias tenidas en el Hospital Nacional de Huehuetenango sobre Mola Hidatidiforme, enfermedad del trofoblasto sometida a muchos estudios por eruditos investigadores y que bibliográficamente es de bajo porcentaje de morbilidad en países industrializados pero mayor en poblaciones de bajo nivel socioeconómico.

El estudio retrospectivo de 5 años - (junio de 1973 -junio de 1978) sobre mola hidatidiforme en el área hospitalaria departamental pondrá de manifiesto la forma de diagnóstico, tratamiento y seguimiento que de esta entidad patológica se hace, tomando en cuenta las limitaciones hospitalarias departamentales.

La decisión de efectuar este trabajo de investigación sobre Mola Hidatidiforme en el Hospital Nacional de Huehuetenango fue hecha por la falta de estudio de esta enfermedad del trofoblasto a nivel departamental.

INCIDENCIA

En Estados Unidos se admite que la Mola Hidatidiforme ocurre una vez por cada 2500 embarazos, algunos autores mejicanos descubren un caso de enfermedad trofoblástica por cada 200 embarazos.

En un estudio efectuado por el Doctor Aramburú en Guatemala, encontró una incidencia de Mola Hidatidiforme por cada 670 embarazos, posteriormente se informa en estudio del Doctor Verozzi V., quien presenta su trabajo de Tesis en un estudio efectuado en el Hospital Roosevelt, obteniendo una incidencia de una Mola por cada 2060 partos normales.

El trabajo de tesis del Doctor Eduardo López Palencia, presenta el estudio de 53 casos encontrados en 15469 embarazos con significado de una Mola Hidatidiforme por cada 291 embarazos, teniendo como fuente informativa las fichas de admisión del Hospital General San Juan de Dios.

Una Mola Hidatidiforme coexiste con un feto aproximadamente en uno de cada 12000 embarazos; es rara la repetición de una Mola Hidatidiforme, pero se observa en el 2% de los casos.

Las diversas fuentes bibliográficas enfatizan sobre los aspectos relacionados con el bajo nivel socio-económico, dieta inadecuada y, principalmente deficiente en proteínas, señalando a estas como factores predisponentes en la frecuencia de la enfermedad del trofoblasto.

La edad tiene relación importante, principalmente al inicio de la época de fecundidad y aún ejerce mayor influencia en mujeres mayores de 45 años. Existen casos comprobados de embarazos molares a esta edad, mientras que los embarazos normales son prácticamente desconocidos.

SINTOMAS Y SIGNOS

Un embarazo molar puede evolucionar como un embarazo normal presentando incluso los signos y síntomas de este como: pigmentación de la línea media abdominal, modificación a nivel de las mamas, molestias gástricas habituales y los signos habituales en cuello y cuerpo uterino.

Si no se produce un aborto precoz, el útero muchas veces va aumentando de tamaño con más rapidez de lo corriente, y en la mitad de los casos dicho tamaño es mayor de lo que sería de esperar en un embarazo normal de duración igual.

Las hemorragias uterinas, que son el signo más importante, varían desde un pequeño manchado hasta una hemorragia profusa, muchas veces con intermitencia de semanas o meses.

Las manifestaciones clínicas pueden dividirse en dos:

1. Dependiendo del aumento morfológico
2. Dependiendo del aumento funcional.

Depndiendo del aumento morfológico se refiere a la mención anterior del aumento desproporcionado del útero con re

lación al período de amenorrea, el fondo se halla a mayor altura, así también, se observa un aumento marcado en sentido transversal; el aumento anteroposterior es poco o se observa un aplastamiento, - la consistencia del cuerpo es pastosa.

Al examen vaginal, se palpa formación precoz del segmento inferior, además se encuentra dilatado el cuello uterino. Muchas veces se pueden palpar masas anexiales que corresponde a quistes luteínicos que frecuentemente están presentes en esta entidad.

Depndiendo del aumento funcional, el efecto secundario de la hiperplasia vellositaria, puede presentarse hiperemesis gravídica o toxemia precoz; la aparición de preeclampsia grave o eclampsia antes de las 24 semanas de gestación sugiere - Mola Hidatidiforme. Aunque poco mencionado el dolor constituye un síntoma importante, en especial si se acompaña de un crecimiento uterino rápido.

LOS SINTOMAS MAS FRECUENTES DE LA MOLA HIDATIDIFORME

1. Flujo vaginal sanguinolento o franca hemorragia a veces con intermitencia de semanas o meses (92%).
2. Crecimiento del útero no correspondiente a la amenorrea (54%).
3. Expulsión de quistes o vesículas semejantes a uvas (43%).

SIGNOS QUE SE PRESENTAN CON MENOR FRECUENCIA:

1. Quistes ováricos (10-25%)
2. Gestosis precoz (hiperemesis)
3. Preeclampsia o eclampsia precoz.

SIGNOS DESPUES DE LAS DIECISEIS SEMANAS DE EMBARAZO:

1. Falta de ruidos cardíacos fetales a la auscultación.
2. Falta de movimientos fetales a la auscultación y palpación.
3. Falta de esqueleto fetal a los Rayos X.

METODO DIAGNOSTICO

Con frecuencia sólo se diagnostica la Mola Hidatidiforme al observar la expulsión del producto. Como la hemorragia es signo corriente, el diagnóstico inicial - suele ser simple amenaza de aborto. El problema más difícil se presenta al tratar de diagnosticar Mola Hidatidiforme en un embarazo menor de 18 semanas.

La sospecha de embarazo molar se acentúa en embarazos de más de 18 semanas al comprobar la ausencia de ruidos cardíacos fetales a la auscultación y falta de partes fetales y movimientos a la palpación, además de la desproporción de la altura uterina con respecto a la edad de la amenorrea.

Como efecto secundario de la hiperplasia vellositaria, es frecuente encontrar signos y síntomas de hiperemesis gravídica o toxemia precoz.

DIAGNOSTICO HORMONAL

La dosificación de Gonadotropina Coriónica humana (HCG) urinaria por diferentes métodos es útil para hacer el diagnóstico de embarazo molar y de las otras enfermedades del trofoblasto, ya que su excreción se encuentra aumentada respecto al embarazo normal, siendo más segura esta medición 100 días después del último período menstrual. De más seguridad es la medición sérica de dicha hormona.

Se debe tomar en cuenta que una elevación similar ocurre en un embarazo gemelar o múltiple.

Se ha observado una función tiroidea aumentada en pacientes con embarazo molar, sin presencia de síntomas. Esto lo relacionan a la presencia de un estimulador tiroideo molar, de posible origen trofoblástico, que es muy diferente a la tirotropina pituitaria y a la tirotropina coriónica humana. Sugieren que este estímulo tiroideo molar es una actividad intrínseca de la Gonadotropina Coriónica Humana.

Se ha reportado que la Gonadotropina Coriónica secretada por la Mola Hidatidiforme tiene actividad FSH predominantemente y la Gonadotropina producida por el Coriocarcinoma tiene actividad LH predominantemente.

DIAGNOSTICO POR ULTRASONIDO

En 1958, Donald inicia estudios sobre la utilidad de la ecografía en Obstetricia.

En 1970 se funda la clínica de ultrasonido en Guatemala, usando Osciloscopia B para exploración abdominal (Dr. Juan Carranza y varios médicos). Este mismo médico presenta en 1971 en el Congreso de Ginecología y Obstetricia dos trabajos sobre ultrasonido: "Aplicación del Ultrasonido diagnóstico en Obstetricia" y "Diagnóstico de Embarazo Molar por medio de Ultrasonido" (informe preliminar del Doctor García Salas).

El diagnóstico de Mola Hidatidiforme por medio de ecografía puede hacerse correctamente debido a que las vesículas se encuentran llenas de fluido, pues las ondas lo atraviesan sin encontrar interferencias, pudiendo encontrar sus paredes posteriores. La imagen ultrasónica muestra ecos característicos.

Por la desorganización fetal entre la décima y duodécima semana de embarazo puede dar lugar a confusiones; en la fase posterior es bastante gráfica en el diagnóstico de Mola Hidatidiforme. Según Taylor el coeficiente de diagnóstico por ultrasonido es de 98.7%.

El estudio de Tesis del Doctor Antonio Molina R., especifica un diagnóstico por ultrasonido de 94%, comprobado anatómicamente en un 88.8%. Con error diagnóstico en tres pacientes, dos de los cuales terminaron en aborto y una en parto normal.

Con fines diagnósticos se utilizan 2 métodos oscilográficos: Osciloscopía A Unidimensional y Osciloscopía B Bidimensional.

En el segundo trimestre del embarazo el ultrasonido nos permite establecer los siguientes diagnósticos:

- a. Crecimiento y desarrollo del feto.
- b. Embarazo gemelar.
- c. Muerte fetal in útero.
- d. Tumores abdominales asociados al embarazo.
- e. Polihidramnios.

En el tercer trimestre el ultrasonido es utilizado para diagnosticar:

- a. Presentación del polo cefálico.
- b. Embarazo múltiple.

- c. Muerte fetal.
- d. Hidrocefalia y anacefalia.
- e. Polihidramnios.
- f. Localización de la placenta.

Este método es el ideal para el diagnóstico de Mola Hidatidiforme por la certeza diagnóstica e inocuidad, ya que las ondas ultrasónicas con fines diagnósticos son muy inferiores a las utilizadas en fisioterapia o destrucción de tejidos lo que da un amplio margen a la madre y al feto.

RAYOS X

Utilizada la radiografía como método diagnóstico en Mola Hidatidiforme, debe ser usada después de las 22 semanas de gestación para poder demostrar con mayor seguridad el esqueleto óseo fetal.

La radiografía contrastada se utiliza preferentemente tomando con anterioridad una radiografía simple de abdomen, cuando el fondo del útero ha ascendido al menos 3 cms. debajo del ombligo para que ésta tenga valor.

ARTERIOGRAFIA:

Se ha demostrado por este medio diagnóstico que en el caso de embarazo molar existe un llenado simultáneo arterial, - placentario y venoso, probablemente debido a las derivaciones arteriovenosas.

TECNICA DE INYECCION DE SUBSTANCIAS RADIOOPACAS:

La inyección intrauterina por vía - transabdominal de una substancia radiopaca como el Hypaque al 50% permite una radiografía característica en caso de Mola Hidatidiforme, su imagen es de "Comido de polilla" o "panal de abejas".

Otros métodos diagnósticos utilizados son la biopsia intrauterina transcervical, utilizable sólo en medio hospitalario, ya que puede presentarse hemorragia y ruptura de la bolsa de las aguas y aborto.

La biopsia intrauterina transabdominal, aparentemente inocua (estudio de 50 pacientes), es otro medio diagnóstico con la contraindicación de pacientes con RH negativo, en las cuales puede efectuarse circulación fetoplacentaria. El electrocardiograma fetal es utilizable después del 50. mes de embarazo.



Radiografía No. 1.

M. B. Paciente de 28 años de Edad, Hospital Nacional de Huehuetenango. Técnica de Inyección medio Radiopaco Intrauterino. (Cortesía del Dr. Homero de León M.).



Radiografia No. 2.

ANATOMIA PATOLOGICA

En la Mola Hidatidiforme las vellosidades coriales sufren enorme distensión por el líquido, apareciendo vesículas botroides cuyo tamaño oscila entre algunos milímetros y el volumen de una cereza, el aspecto macroscópico de la Mola Hidatidiforme es el de un racimo de uvas a causa del enorme edema de las vellosidades.

A menudo la cavidad uterina está llena de tejido molar, en otras ocasiones sólo está afectada una porción placentaria. En general, no existe embrión, aunque en algún caso la mola se inicia en una parte de la placenta acompañada de un feto normal.

La estructura microscópica se caracteriza por:

1. Proliferación del trofoblasto de revestimiento de las vellosidades.
2. Edema intenso y agrandamiento de las vellosidades.
3. Desaparición o extrema rareza de vasos sanguíneos en las vellosidades.

Hertig sugiere que la mola resulta de una simple acumulación de líquido después de agenesia completa o degeneración temprana del sistema carciovascular em-

brionario en la tercera o quinta semana, la teoría de que las Molas Hidatidiformes tienen su origen en vellosidades con vascularización deficiente sugiere que - un examen precoz hubiese demostrado al menos un saco fetal.

La probable secuencia de eventos en el desarrollo del edema de las vellosidades hidrópicas es:

- a. Muerte temprana o ausencia de embrión.
- b. La desaparición de los vasos sanguíneos de las vellosidades.
- c. La acumulación de líquido estromal a través de la actividad del trofoblasto que permanece funcionando.

OTROS HALLAZGOS MICROSCOPICOS:

1. Es corriente la eosinofilia y picnócitos elevada (30-60%).
2. Hay modificación progestacional, pue de haber reacción luteínica por quistes del ovario.
3. Se puede observar hematíes, leucocitos, linfocitos y placas endocervicales.

4. Existen elementos celulares de dos tipos:
 - a) Células parecidas a las basales que se diferencian por su forma irregular (ovaladas, cúbicas, - piliédricas).
 - b) Masas sincitiales en talla y - forma variable conteniendo numerosos núcleos regulares, el citoplasma se encuentra coloreado de verde oscuro.
5. Demora en la aparición de cuadros - citológicos proliferativos para el postaborto por efecto progestínico por saturación de gonadotropina.

CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES DEL -
TROFOBLASTO

Diversas son las clasificaciones - que se hacen de la Mola Hidatidiforme, en el presente trabajo se toma en cuenta la clasificación de Hertig y Mansell y la descripción comparativa con los - nombres y grupos de clasificaciones anteriores hechas por Hertig y Sheldon.

GRADO	NOMBRE NUEVO	GRUPO VIEJO	NOMBRE VIEJO
1	Aparentemente benigna.	I	Benigna
		II	Probablemente benigna.
2	Potencialmente benigna	III	Posiblemente benigna.
		IV	Posiblemente maligna.
3	Aparentemente maligna	V	Probablemente maligna.
		IV	Maligna.

CRITERIOS HISTOLOGICOS PARA CLASIFICACION

GRUPO I: BENIGNO. Nada o una ligera hiperplasia trofoblástica.

GRUPO II: PROBABLEMENTE BENIGNO.

Ligera o moderada hiperplasia, mayor hiperplasia que en el primer grupo.

GRUPO III#- POSIBLEMENTE BENIGNO:

Hiperplasia con ligera anaplasia. Grados diferentes de anaplasia trofoblástica y una ligera o definitiva anaplasia.

GRUPO IV: POSIBLEMENTE MALIGNO:

Anaplasia moderada con hiperplasia. Marcada hiperplasia del sincitiotrofoblasto y citotrofoblasto y anaplasia moderada,

GRUPO V: PROBABLEMENTE MALIGNO:

Anaplasia marcada con hiperplasia. El trofoblasto de muestra marcada anaplasia.

GRUPO IV: MALIGNO:

Crecimiento trofoblástico exuberante con marcada anaplasia. Hay excesiva hiperplasia del trofoblasto con anaplasia y evidencia de invasión endometrial.

TRATAMIENTO

El tratamiento inicial luego del diagnóstico de Mola Hidatidiforme será la evacuación, sin embargo, muchas veces esto sucede de forma espontánea sin que esto suceda en forma completa por lo que será necesario, posteriormente, el empleo de el método más adecuado para la evacuación total.

El uso de estímulo ocitócico es recomendado por algunos autores, existiendo otros que lo contradicen por creer que la contracción uterina provocada por estos pueda facilitar la diseminación de metástasis, opinando igual del legrado instrumental uterino y recomendando únicamente el legrado por aspiración.

El uso de transfusiones sanguíneas debe ser evaluado ya que la hemorragia puede ser profusa.

La histerotomía no debe ser empleada como método evacuador en caso de existir en el medio hospitalario posibilidad de efectuar un legrado uterino por aspiración, en caso contrario, la histerotomía será utilizada cuando el útero tiene un tamaño mayor al que corresponde a 12-14 semanas de gestación.

La histerectomía podrá utilizarse como método de evacuación uterina en pacientes con diagnóstico de Mola Hidatidiforme que sean de 40 años o más, o pacientes con tres hijos no importando la edad.

El uso de quimioterápicos citostáticos como el Methotrexate y Actinomicina, reportado por diferentes trabajos, refieren disminución del tratamiento quirúrgico de las enfermedades del trofoblasto metastáticas o no metastáticas, principalmente en la mujer joven.

Los resultados con diferentes protocolos de tratamiento parecen ser satisfactorios, algunos autores emplean el Methotrexate como droga primaria en dosis de 25 mg por día IM, reportando buenos resultados. Un estudio refiere el uso del factor citrovorun (Acido Fólico) como coadyuvante en el uso del Methotrexate para reducir efectos secundarios.

Usada la Actinomicina D como agente quimioterápico primario en dosis de 12 microgramos/Kg por 5 días IV, reportan resultados satisfactorios y pocos efectos secundarios a esta droga.

Es de vital importancia el seguimiento posterior de estos pacientes en los que se ha comprobado Mola Hidatidiforme, el cual comprende una radiografía de tórax inicial, además la cuantificación de Gonadotropina Coriónica humana en orina, una vez por semana durante los dos primeros meses, luego un control una vez al mes durante un año para finalizar con -

una medición de esta hormona cada dos meses por seis meses.

Igual seguimiento deberá realizarse con las radiografías de tórax las cuales se efectuaran, inicialmente, una radiografía de tórax cada semana hasta que la Gonadotropina coriónica se negativice, luego una vez cada mes por seis meses y, por último, una vez cada dos meses por 6 meses.

La persistencia de títulos altos de gonadotropina coriónica humana en orina, la elevación de ésta o el informe de patología de trofoblasto maligno deberá poner alerta al clínico, debiendo evaluar el uso de citostáticos (Methotrexate, Actinomicina D) solas o combinadas con otras drogas.

Sobre cuanto tiempo debe existir entre la evacuación de una Mola Hidatidiforme y la existencia de un nuevo embarazo, los criterios varían, desde un año (Reid), dos años (Donald) y el criterio que títulos negativos de Gonadotropina Coriónica por seis meses; la demostración de ovulación por menstruaciones regulares normales ponen fuera de peligro al nuevo embarazo. Sin embargo, un embarazo temprano dificulta el diagnóstico de una Mola recidivante.

MATERIAL Y METODOS

Los datos que a continuación figuran en esta investigación tienen como fuente de información la revisión de 15 casos de Mola Hidatidiforme que se presentaron en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional de Huehuetenango.

Se pretende reflejar en el presente estudio la forma de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes en quienes se comprobó el diagnóstico de Mola Hidatidiforme.

Es el primer estudio llevado a cabo en este Hospital sobre Mola Hidatidiforme y para el cual se revisaron los datos estadísticos del Departamento de Registros Clínicos en forma retrospectiva durante 5 años, (junio 1973-junio 1978). Encontrándose durante este período un total de 6022 embarazos de los cuales se diagnosticó y se comprobó 15 casos de Mola Hidatidiforme, lo que significa una Mola Hidatidiforme por cada 402 embarazos normales.

El número de embarazos durante los 5 años de revisión se efectuó tomando en cuenta la suma de partos, abortos y embarazos ectópicos, vale también la aclaración que no fueron tomados en cuenta los

diagnósticos como, trabajo de parto prematuro y amenaza de aborto, ya que, muchos de ellos terminaron posteriormente en algún tipo de parto y registrados en los datos estadísticos como tal.

CONTROL PRENATAL

	No. de Casos	%
Con control prenatal	0	0
Sin control prenatal	0	0
No referido en historia clínica	<u>15</u>	<u>100</u>
TOTAL	15	100

Un renglón tan importante en toda paciente y, principalmente, en la que consulta por un problema obstétrico - fue completamente olvidado en las Historias Clínicas revisadas, dando margen a que un estudio de la naturaleza del presente no de lugar al análisis correspondiente.

PROCEDENCIA

	No. de Casos	%
Rural	11	73.33
Urbano	<u>4</u>	<u>26.66</u>
TOTAL	15	100.00

GRUPO ETNICO

No referido por Historia Clínica	15	100.00%
----------------------------------	----	---------

EDAD

Intervalos	No. de Casos	%
16 - 20 años	3	20.00
21 - 25 años	5	33.33
26 - 30 años	2	13.33
31 - 35 años	2	13.33
36 - 40 años	0	0.00
40 - 45 años	3	20.00
TOTAL	15	100.00

Diversos autores han considerado los aspectos socio-económicos y alimenticios bajos, así como, la edad como influyente en la incidencia de Mola Hidatidiforme. Los datos obtenidos sobre procedencia y grupo étnico (este no referido, por cuanto la clasificación de grupo étnico resulta cada vez más problemática en un momento dado) demostró mayor procedencia del área rural donde las condiciones alimenticias y socio-económicas son conocidamente bajas, lo cual parece ir en favor de lo referido en dichas investigaciones.

Si se toma en cuenta, además, el criterio de la mayor incidencia de Mola Hidatidiforme en el inicio de la vida fecunda de la mujer y la finalización de la misma, los grupos etarios de igual incidencia son en el presente estudio precisamente éstos, posiblemente influenciados por el inicio temprano y la finalización tardía de esta vida fecunda en la mujer guatemalteca en el área rural, reafirmando al observar que la paciente de menor edad fue de 17 años y la mayor de 43 años.

La suma de casos presentados entre pacientes entre la segunda y tercera década de la vida va de acuerdo a las investigaciones que refieren dicha edad como la de mayor incidencia en este tipo de patología.

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

	No. de Casos	%
Primigesta	4	26.66
Plurigesta (2 a 4 embarazos)	2	13.33
Multigesta (5 o más embarazos)	4	26.66
No referido por historia clínica	5	33.33
TOTAL	15	100.00

	No. de Casos	%
Nulípara	2	13.33
Primípara	3	20.00
Plurípara (2 a 4 partos)	2	13.33
Multípara (5 o más partos)	3	20.00
No referido por Historia Clínica	5	33.33
TOTAL	15	100.00

	No. de Casos	%
Abortos 0	5	33.33
Abortos 1	2	13.33
Abortos 2 á 4	3	20.00
No referido por Historia Clínica	5	33.33
TOTAL	15	100.00

La historia de gestaciones y paridad investigadas parece reflejar nuevamente lo comentado en el cuadro anterior sobre la mayor incidencia de Mola Hidatidiforme en el principio y finalización de la edad fecunda.

En el grupo de madres primíparas y primigestas no existieron madres añosas, sin embargo, las madres múltiparas y multigestas fueron madres añosas; el análisis del cuadro anterior presenta la incógnita sobre la tercera parte de las pacientes las cuales no contaban con historia obstétrica y en un grupo tan pequeño de pacientes representa un alto porcentaje.

EDAD DE EMBARAZO

	No. de Casos	%
0 a 5 semanas	0	0.00
6 a 13 semanas	5	33.33
14 a 18 semanas	0	0.00
20 a 23 semanas	2	13.33
24 a 28 semanas	5	33.33
29 a 32 semanas	1	6.66
No referido	2	13.33
TOTAL	15	100.00

RELACION AU CON UR

	No. de Casos	%
AU mayor que UR	3	20.00
AU igual que UR	2	13.33
AU menor que UR	1	6.66
No referido por Historia Clínica	9	60.00
TOTAL	15	100.00

La edad de embarazo menor referida fue de 12 semanas y la mayor edad de embarazo fue de 29 semanas. En uno de los casos la paciente refirió hemorragia vaginal de un mes de evolución y en los otros varió de días a semanas sin que se solicitara ayuda médica previa, esto posiblemente, influenciado por la idiosincrasia del lugar donde los habitantes tardan en solicitar este tipo de ayuda lo que hace que el diagnóstico sea más tardío.

MOTIVO DE CONSULTA

	No. de Casos	%
Hemorragia vaginal más amenorrea	7	46.66
Hemorragia Vaginal	5	33.33
Hemorragia vaginal más dolor abdominal	1	6.66
Hemorragia vaginal más masa abdominal - dolorosa	1	6.66
Hemorragia vaginal más expulsión de masa	1	6.66
TOTAL	15	100.00

El síntoma que prevaleció fue la hemorragia vaginal, el cual según las fuentes bibliográficas consultadas, está presente en un 92% de los casos de Mola Hidatidiforme.

DIAGNOSTICO DE INGRESO

	No. de CASOS	%
Aborto incompleto	3	20.00
Aborto fetal incompleto	2	13.33
Amenaza de aborto	2	13.33
Aborto fetal en curso, descartar Mola Hidatidiforme	2	13.33
Embarazo de 22 semanas por UR, aborto frustrado, descartar Mola Hidatidiforme	1	6.66
Aborto incompleto, hipovolemia, descartar Mola Hidatidiforme	1	6.66
Mola Hidatidiforme	1	6.66
Aborto incompleto, BNM, TB pulmonar a descartar	1	6.66
Fibromatosis uterina	1	6.66
Embarazo ectópico	1	6.66
TOTAL	15	100.00

A su ingreso la mayoría de casos estudiados fueron clasificados entre los diagnósticos diferenciales que de Mola Hidatidiforme suelen darse, uno de estos fue aborto en sus diversas clasificaciones, diagnóstico inicial que con frecuencia suele darse, según las fuentes bibliográficas consultadas.

En los casos en que se sospechó - una Mola Hidatidiforme las pacientes - refirieron expulsión de masa por vagina con características que hicieron pensar en esta entidad o bien al examen físico no se encontraron partes fetales, frecuencia cardíaca fetal o existía desproporción entre la altura uterina y la edad de amenorrea referida.

EXAMENES DE LABORATORIO EFECTUADOS

PRUEBAS CUALITATIVAS Y CUANTITATIVAS DE

EMBARAZO

	No. de Casos	%
Se efectuaron	10	66.66
No se efectuaron	5	33.33
TOTAL	15	100.00

TIPO DE PRUEBA EFECTUADA

	No. de casos
Prueba cualitativa de embarazo (Gravindex)	5
Dosificación de Gonadotropina Coriónica humana en orina de 24 hrs.	8
Gravindex más dosificación de HCG	4

OTROS EXAMENES REALIZADOS

	No. de Casos
Hemoglobina, Hematocrito	12
Espuito seriado	1
Tiempo de Protombina	1
Tiempo de coagulación y sangría	1

En las pacientes en las cuales se realizaron pruebas cualitativas de embarazo y dosificación de Gonadotropina Coriónica en orina de 24 horas, los títulos elevados de estas últimas cambiaron en varios casos el diagnóstico de ingreso haciendo sospechar una enfermedad del trofoblasto.

Los valores de hemoglobina y hematocrito fueron en todas las pacientes por debajo de lo normal.

ESTUDIO RADIOGRAFICO

RAYOS X de Tórax	No. de Casos	%
Con Rayos X de tórax	11	73.33
Sin Rayos X de tórax	4	26.66
TOTAL	15	100.00

RAYOS X DE ABDOMEN	No. de Casos	%
Con Rayos X de abdomen	7	46.66
Sin Rayos X de abdomen	8	53.32
TOTAL	15	100.00

La mayoría de pacientes cuentan con un estudio radiográfico de tórax, sin embargo, la revisión de la historia clínica correspondiente pone de manifiesto que en la mayoría no existe comentario acerca de ella, solamente en tres casos se encuentran relatados los hallazgos, refiriendo en una de ellas una radiografía normal y las dos restantes con imagen sugestiva de TB pulmonar y otra con impresión radiográfica de un infiltrado neumónico.

Revisadas estas radiografías, de las cuales no hay comentario en la paqueta, no se encontró imágenes radiológicas patológicas.

Los estudios radiográficos de placa simple de abdomen comentados sin ningún valor diagnóstico.

Cabe mencionar, por aparte, el diagnóstico hecho por técnica de inyección de sustancia radiopaca intrauterina la cual dio una imagen característica de panal de abejas o comido de polilla. (VER FOTO).

RESOLUCION DEL CASO

	No. de Casos	%
Legrado Instrumental uterino	5	33.33
Expulsión espontánea más LIU	2	13.33
Legrado uterino por aspiración más legrado uterino escalonado	1	6.66
Histerotomía, más legrado uterino a cielo abierto, resección en cuña de ovarios. Esterilización quirúrgica	1	6.66
Histerectomía abdominal total, más salpingooforectomía bilateral	2	13.33
Legrado uterino por aspiración	2	13.33
Legrado uterino por aspiración seguido de LIU, luego histerectomía abdominal total más salpingooforectomía bilateral	1	6.66

RESOLUCION DEL CASO

	No. de Casos	%
Histerectomía abdominal total más salpingooforectomía derecha	1	6.66
TOTAL	15	100.00

La vía vaginal fue la más empleada para efectuar la evacuación uterina en las pacientes del presente estudio, con la utilización en varios casos de la evacuación por aspiración recomendada por varios autores.

La evacuación de los casos de Mola Hidatidiforme por vía quirúrgica alta fue empleada en menor escala y tomando en cuenta paridad y edad de la paciente, así como, el deseo de no tener más hijos.

La vía quirúrgica alta se llevó a cabo en pacientes cuya edad varía entre 27 años, madre múltipara y 43 años.

CONTROLES POSTERIORES

	No. de Casos	%
Sin control posterior	13	86.66
Con control posterior	2	12.33
TOTAL	15	100.00

NUMERO DE CONTROLES POSTERIORES

	No. de casos	%
Con un control	1	6.66
Con dos controles	1	6.66
TOTAL	2	13.32

El control posterior a la evacuación de una Mola Hidatidiforme es de vital importancia para el paciente, sin embargo, esto no se puede lograr cuando hay falta de colaboración de parte de éste.

La suerte de los pacientes en los - cuales se diagnosticó y se comprobó por patología este diagnóstico se ignora por falta de asistencia de estos a las citas posteriores de control.

Cabe mencionar el caso de una paciente vista por Consulta Externa cuatro años después de evacuada una Mola Hidatidiforme (comprobado por patología), la cual - presentaba en el momento de la nueva consulta cuarenta semanas de embarazo, habiéndosele escuchado fono fetal, se palparon partes fetales. El parto no fue atendido en este centro hospitalario.

CONCLUSIONES

1. Varios parámetros no fueron suficientemente investigados al ingreso del paciente, alguno de éstos relacionado con la historia obstétrica y de carácter valioso como: control prenatal, relación de altura uterina con edad de amenorrea.
2. La mayor incidencia en el presente - estudio sucedió en pacientes de procedencia rural.
3. Se presentaron mayor número de casos de Mola Hidatidiforme en pacientes - comprendidas entre la primera y la segunda década de la vida. Observándose igual número de casos en pacientes añosas multíparas y jóvenes primigestas (inicio y finalización de - la vida fecunda).
4. La mayoría de pacientes consultó después de presentar signos como: hemorragia vaginal de bastante tiempo de evolución, hasta un mes antes sin haber solicitado ayuda.
5. La hemorragia vaginal predominó como motivo de consulta en los pacientes estudiados y que, posteriormente, se les comprobó Mola Hidatidiforme.

6. Solamente una paciente refirió dolor abdominal, síntoma muy poco referido en el embarazo molar.
7. El diagnóstico provisional de ingreso varió entre los diferentes diagnósticos diferenciales de la hemorragia vaginal del primer trimestre del embarazo, principalmente el aborto en sus diferentes clasificaciones.
8. En las pacientes en las cuales se sospechó de Mola Hidatidiforme, refirieron expulsión de masa por vagina cuya descripción inclinó al médico a pensar en esta patología - del trofoblasto.
9. La vía vaginal fue la de elección en la resolución de la mayoría de casos.
10. El legrado por aspiración fue introducido en el Hospital Nacional de Huehuetenango como medio de evacuación uterina de la Mola Hidatidiforme.
11. La resolución por vía quirúrgica alta fue efectuada en pacientes multiparas y añosas y que no deseaban tener más embarazos.

12. En el estudio de uno de los casos se utilizó la técnica de inyección trans abdominal de una sustancia radiopaca (Hypaque diluido) presentando una imagen característica de Mola Hidatidiforme.
13. Los diferentes casos con impresión póstoperatoria de Mola Hidatidiforme fueron comprobados por patología con excepción de dos, en los cuales no se envió el espécimen a patología.
14. El seguimiento de pacientes resultó imposible por la poca colaboración de éstos, por lo que se ignora la suerte de los mismos.
15. La única muerte materna tuvo como diagnóstico principal de muerte neumonía por aspiración más TB pulmonar. Patología reportó Mola Hidatidiforme sin degeneración maligna (no se efectuó necropsia).
16. Un embarazo se presentó en una paciente cuatro años después de evacuación de Mola Hidatidiforme (comprobado por Patología).
17. La incidencia de Mola Hidatidiforme en el Hospital Nacional de Huehuetenango es de un embarazo molar por cada 402 embarazos normales.

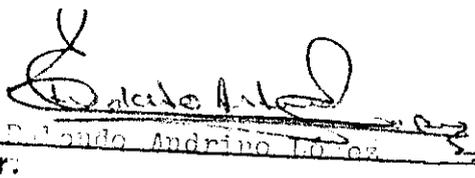
RECOMENDACIONES

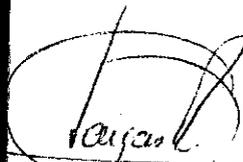
1. Poner más énfasis en la investigación de las historias clínicas de ingreso, principalmente historia obstétrica.
2. Relatar con más amplitud los procedimientos quirúrgicos efectuados en pacientes con sospecha de Mola Hidatidiforme.
3. Comentar los hallazgos de las radiografías de tórax y abdomen.
4. El legrado uterino por aspiración debe ser empleado como medio de evacuación de Molas Hidatidiformes, ya que es un medio utilizable en el Hospital Nacional de Huehuetenango cuando este está indicado y complementándolo con legrado uterino escalonado para establecer diagnóstico definitivo.
5. Deberá hacerse más conciencia en las pacientes con diagnóstico de Mola Hidatidiforme a fin de lograr su seguimiento.
6. Enviar todo espécimen sospechoso de degeneración del trofoblasto a patología para análisis histológico.

7. A toda paciente con sospecha de enfermedad del trofoblasto solicitar Gonadotropina Coriónica Humana dosificada en orina de 24 horas.
8. A toda paciente con diagnóstico de Mola Hidatidiforme solicitar Rayos X de Tórax por ser los pulmones el lugar de mayor incidencia de metástasis.
9. La utilización y comunicación con medios auxiliares de Salud Pública como Médico EPS en Puestos de Salud, promotores de salud y auxiliares de enfermería deberá intentarse para lograr un mejor seguimiento de pacientes del área rural.

BIBLIOGRAFIA

1. Goldstein P., Donald. et al. Prevention of gestational trophoblastic disease by use of Actinomycin D in Mola Pregnancies Obstetrics and gynecology Journal of. Vol 43 Abril 1974. No. 4 pp 475-479.
2. _____ . Methotrexate with citrovorum rescue for nonmetastatic gestational trophoblastic neoplasm. Obstetric and gynecology Journal, Vol 48 No. 3 septiembre 1976. pp 321-323.
3. Giammattei T. Roberto Eduardo. Tesis. Mola Hidatidiforme en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt. Facultad de Ciencias Médicas. 1977. pp 18-22
4. Hertig, A. T. Human trophoblast. Springfield, Illinois USA; Charles Thomas publisher, 1968. 225-279.
5. Ishizuka Naotaka. et al. Gonadotropin and steroid hormone excretion in trophoblastic neoplasia. Obstetrics and Gynecology Journal of. Vol. 42, No. 1, julio 1973. pp 48-65.
6. López Palencia, Eduardo H. Mola Hidatidiforme. Tesis. Médico y Cirujano. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos. 1970. pp 1-18.
7. Medina G. Haroldo de Jesús. Localización de placenta con ultrasonido. Tesis, Médico y Cirujano. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos. 1973 pp 8-10.
8. Miyai Kiyoshi. et al. Pituitary thyroid function in trophoblastic disease. J. Clin endocrinol metab. Abril 3, 1975. pp 254, 257, 258.
9. Molina M. Julio H. Consideraciones sobre embarazo molar. Tesis. Médico y Cirujano. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos. 1958. pp 12,16,18.
10. Novak Edmund R. Georgeanna Seegar Jones. Howard W., Jones Jr. Tratado de Ginecología. 8a. Ed. México Editorial Interamericana 1971. pp 591-608.
11. Osathanondh Rapin. et al. Actinomycin D as the primary agent for gestational trophoblastic disease. Am J Obstet Gynecol julio 1974. pp 963,866.
12. William J., Whitridge. Obstetricia. 3a. Ed. México Unión tipográfica. Ed. Hispano Americana. Dic. 1973. pp 491-503.

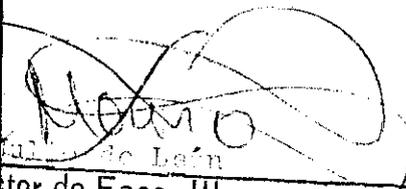

Edgardo Andino Lopez
Br.

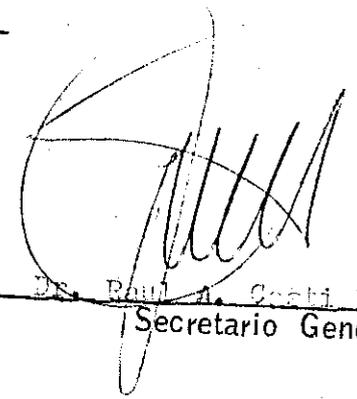

Ricardo Vargas Ruiz
Asesor

Dr. Ricardo Vargas R.
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO No. 2539


Dr. Honorio I. de León Montenegro
Revisor

Honorio I. de León Montenegro
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO NO. 1790


Honorio I. de León
Director de Fase III


Dr. Paul A. Castillo B.
Secretario General

Vo.Bo.


Dr. Rolando Castillo Mantelvo.
Decano