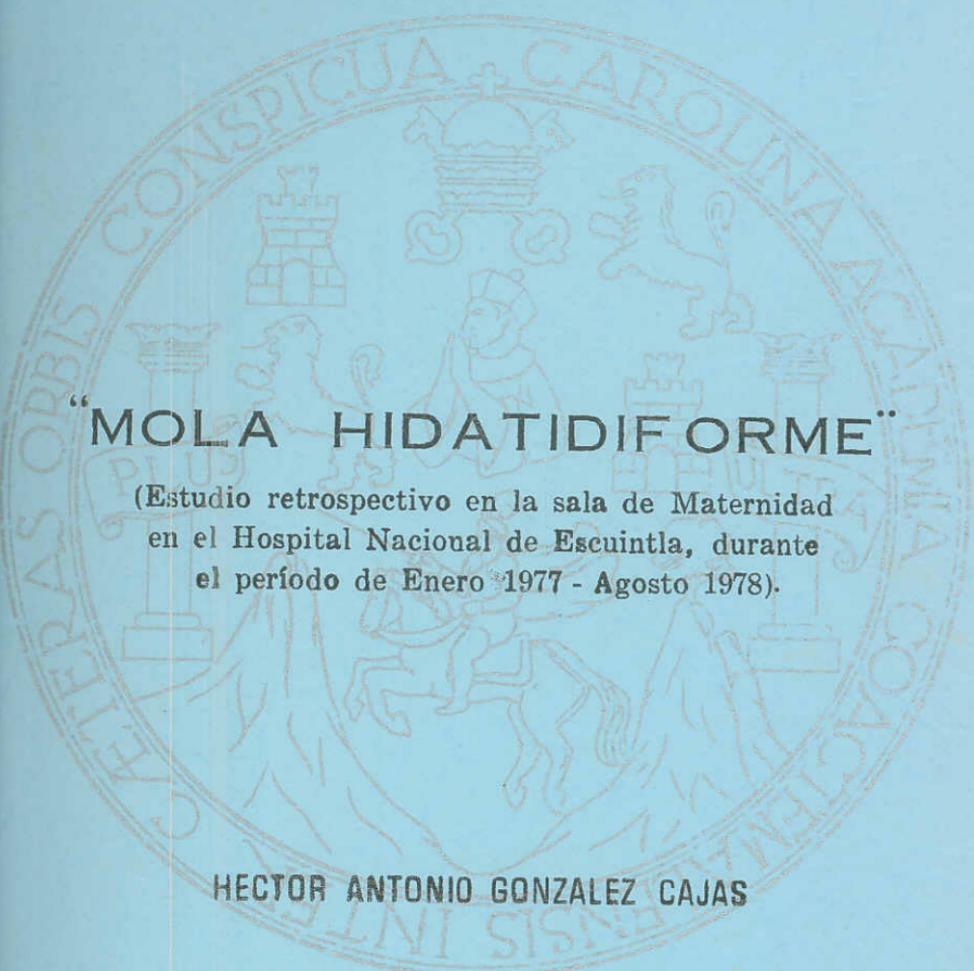


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large, circular emblem in the background. It features a central figure of a man in a crown and robes, surrounded by various symbols including a castle, a lion, and a cross. The Latin text "UNIVERSITAS SAN CAROLINI CONSPICUA CAROLINA" is visible at the top of the seal, and "LETTERAS OBIS" is on the left and "CONCIENSA" on the right.

“MOLA HIDATIDIFORME”

(Estudio retrospectivo en la sala de Maternidad
en el Hospital Nacional de Escuintla, durante
el período de Enero 1977 - Agosto 1978).

HECTOR ANTONIO GONZALEZ CAJAS

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 1978.

C O N T E N I D O

	Página
I.- PROLOGO	1
II.- OBJETIVOS	2
III.- JUSTIFICACIONES	3
IV.- HIPOTESIS	4
V.- REVISION BIBLIOGRAFICA	5
VI.- MATERIAL Y METODO	24
VII.- RESULTADO Y DISCUSION	25
VIII.- CONCLUSIONES	46
IX.- RECOMENDACIONES	48
X.- BIBLIOGRAFIA	49

I. PROLOGO

El presente estudio sobre MOLA HIDATIDIFORME (revisión retrospectiva) es y ha sido una entidad que interviene en el proceso del embarazo especialmente desde el punto de vista placentario, desde tiempos inmemorables hasta nuestra era, siendo este un problema socio-económico, médico y político como parte fundamental y requisito para todo estudiante que se somete al examen público previo a obtener el título de Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas.

La finalidad fundamental del presente estudio es el afán de interesar al médico y al futuro médico sobre las experiencias tenidas así como la detección y conocimiento del problema, además establecer datos que nos orientan establecer la incidencia, complicaciones y tratamiento de la paciente en un Hospital Departamental (Hospital Nacional - Escuintla), así como poder realizar comparaciones con la frecuencia presentada en los Hospitales nacionales de la Capital de Guatemala.

Por lo tanto, pues, para tí este pequeño estudio de Tesis profesional, que sin falsas modestias estoy seguro que va a contribuir, en mínima parte a acrecentar tus conocimientos en la Gineco-Obstetricia, especialmente sobre las enfermedades trofoblásticas y así contribuir con el ser más dorado del mundo la "MADRE".

II. OBJETIVOS

- a.- Establecer la incidencia de Mola Hidaltidiforme en el Hospital de Escuintla;
- b.- Lograr determinar cuál es la conducta seguida para el Diagnóstico tratamiento y seguimiento de la paciente con Mola;
- c.- Identificar en sus diferentes aspectos el tratamiento y sus resultados obtenidos.

III. JUSTIFICACION

- a.- Como parte fundamental y requisito para todo estudiante que se somete al examen previo a optar el título de Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- b.- Establecer datos que nos orientan hacia la incidencia, complicaciones más frecuentes y tratamiento del mismo en un Hospital Departamental.
- c.- Siendo la Mola Hidaltidiforme una entidad frecuente en nuestro medio y con el afán de interesar al médico y al futuro médico sobre la detección y conocimiento del problema.

IV. HIPOTESIS

- a.- La Mola Hidatidiforme es más frecuente en madres primigestas;
- b.- La Mola Hidatidiforme es más frecuente en el Hospital Nacional de Escuintla que en los Hospitales de la capital de Guatemala.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

A.- DEFINICION

Hidatidiforme, Ad de Hidátide, tumor enquistado que contiene un líquido transparente.

Trephein = Alimentar y Blastos = Germen.

Trofoblasto, capa celular extraembrionaria epiblastica, que fija el embrión a la pared uterina y lo nutre.

La definición de Mola Hidatidiforme ha variado, sin embargo la mayoría de autores, comparten el criterio de que no es un tumor maligno, además ha recibido varios nombres como: Mola Vesicular, Mola en racimos o mixoma placentario.

Según Schwarcz lo describe como una degeneración quística edematosa de las vellosidades coriales que abarca la placenta y el resto del complejo ovular. Sin embargo Novak lo describe como una afección en la cual las vellosidades coriales sufren enorme distensión por líquido apareciendo como vesículas botrioides cuyo tamaño oscila entre algunos milímetros y el volumen de una cereza. En algunos casos esta afectado toda la cavidad uterina, pero en otros casos sólo una porción de la placenta.

B.- ETIOLOGIA

La etiología de las neoformaciones trofoblásticas, permanecen aún en el campo de lo desconocido.

do. Sin embargo el origen de la mola vesicular, se supone que es debido a la muerte precoz del feto o el cese del desarrollo del embrión; según Breuer, H. G. Pangeles, sus estudios realizados, el tejido de las vellosidades coriales pueden seguir viviendo ya que son nutridas por la circulación materna. Sus células secretan en el interior de la vellosidad, pero como falta una circulación fetal se acumula el líquido en aquellas, se dilatan y forman las típicas vellosidades. Por razones desconocidas aparecen más tarde una intensa proliferación del trofoblasto, con un aumento de la escreción de gonadotropina.

En 1895 Marchand en su teoría está en contra posición a lo anterior quien supone una proliferación primitiva del trofoblasto. Además se considera que cuando se desarrolla un feto viable al lado de una Mola, antes consideraban que sólo era factible en embarazos gemelares a partir de un óvulo fecundado se originaba la mola vesicular; del otro se engendraba el feto. Los resultados obtenidos por Beischer habla en contra de esa opinión, pues en 82 casos de mola vesicular con desarrollo simultáneo de feto, pudo demostrar que sólo existía una sola placenta, posteriormente Beischer y colaboradores realizaron estudios con coriograma en el tejido placentario encontrando una configuración de 69/XXX, con esto se pudo comprobar y sin duda que el producto fetal como vesicular se desarrollan del mismo producto del embarazo.

La Triploidia es sin lugar a dudas la aberración cromosómica más observada en la actualidad. Según todos los estudios realizados, los resultados, obtenidos que el origen de las neoformacio-

nes trofoblasticas pueden estar condicionadas a varias causas, siendo con mayor frecuencia y primordialmente la causa fetal y en algunos casos la materna.

El factor Fetal es la muerte del embrión o el desarrollo defectuoso del mismo; y

El factor Materno es la asociación de esta enfermedad con una nutrición insuficiente.

C.- INCIDENCIA

Hay que tener presente que la mola Hidatidiforme puede ocurrir en cualquier edad durante la vida sexual activa, además es más frecuente en mujeres de edad avanzada así como en multiparas, sin embargo según el presente estudio se encontró un 18.75% de molas en primigestas.

Es raro que la mola hidatidiforme pueda repetirse en embarazos ulteriores, aunque hay probabilidad de la misma. La frecuencia de esta varía según el computo de numerosas estadísticas recientes y del lugar en la cuál se presentan los casos según los datos reportados en su texto Novak; en Estados Unidos la Mola ocurre una en c/2,500 embarazos, el coriocarcinoma menos del 5%. En el lejano Oriente, Acosta Sessón señala una frecuencia mayor en las Filipinas, Taiwan, Wei y Ouyang reportando un caso de Mola Hidatidiforme en 82 embarazos.

En nuestro medio en 1958 estudio realizado en el Centro Infantil del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Dr. German Aramburó (Q.E.P.D.) reportó una incidencia de una mola por 670 embara-

zos sin embargo estudios realizados de tesis del Dr. Roberto Diamattei, en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt en 1977 reportó una mola Hidatidiforme en 1,168 partos, no obstante el reporte de tesis del Dr. Jaime Pineda en el Hospital General San Juan de Dios en 1978 reportó una incidencia de una Mola en 453 embarazos. Dr. Edgar Andrino en un mismo estudio en el Hospital Departamental de Huehuetenango reportó un embarazo Molar en 402 embarazos normales, no siendo así en el presente trabajo (ver sección estadística y conclusiones).

Según los estudios realizados por diferentes autores relacionan la incidencia con el bajo nivel socio-económico, dieta inadecuada, casi con una baja de proteínas, debida a dicha dieta.

D.- CLASIFICACION PATOLOGICA Y ASPECTO CLINICO

Para poder determinar la clasificación patológicamente y siguiendo el estudio de varios autores ya que no se sabe con seguridad si la enfermedad es de tipo neoplásico o degenerativo, siendo la estructura microscópica.

- a.- Proliferación del trofoblasto de revestimiento de las vellosidades;
- b.- Edema intenso y agrandamiento de las vellosidades;
- c.- Desaparición o extrema rareza de vasos sanguíneos en las vellosidades.

Herting y Sheldon proyectan una clasificación Histológica para predecir cuales pacientes están en alto riesgo para coriocarcinoma dividiendo en

seis categorías sin embargo Herting y Mansello lo ha clasificado en 3 grados que son:

- 1.- Aparentemente Beningno.
- 2.- Potencialmente Maligno.
- 3.- Aparentemente Maligno.

Tow sugirió un cambio de la clasificación enfatizando la naturaleza de la malignidad de la enfermedad dando la siguiente:

- a.- Mola Hidatidiforme (Benigna-potencialmente -maligna)
- b.- Coriocarcinoma vellosa (Maligna-agresión local)
- c.- Coriocarcinoma avellosa (Malignidad diferenciada), metastásis distante).

Internacionalmente la enfermedad trofoblástica se clasifica de la forma siguiente:

- | | | | | |
|-----------------------|---|-------------------|---|-----------------|
| I Diagnóstico Clínico | { | a) No Metastásico | { | Local (Pelvico) |
| | | b) Metastásico | | Extrapelvico |
-
- | | | |
|----------------------------|---|-----------------------|
| II Diagnóstico Morfológico | { | a) Mola Hidatidiforme |
| | | a.1 No invasiva |
| | | a.2 Invasiva |
| | { | b) Coriocarcinoma |
| | | c) Incierto |

Después de todas estas clasificaciones al encontrar un diagnóstico establecido e iniciar un tratamiento antes de los 6 meses, después de un embarazo molar, porque después de 6 meses el Prognóstico desmejora precipitadamente.

Además se cree que la mola se desarrolla como resultado de una Endoreduplicación del cuerpo polar, seguido como sucesivamente el crecimiento del tejido molar, en muchas circunstancias la falta de una vascularización fetal, siendo esta circulación de un trofoblasto normal, pero cuando esta es anormal, se cree que pierde su función de vascularización fetal. Herting y colaboradores dicen una vez con ausencia de vasos sanguíneos fetales el CO_2 y H_2O del trofoblasto, metabólicamente activo, se acumula en el extroma dando origen a edema.

Clinicamente la Mola Hidatidiforme se presenta, como un embarazo normal, amenorrea pigmentación de la línea media abdominal (Línea Alba) cambios de coloración de los pezones, molestias gástricas, habituales signos habituales en cuello y cuerpo uterino.

Hay que tener presente que la paciente por lo que consulta a los centros Hospitalarios, es por presentar Hemorragia Vaginal rojiza o negruzca indolente, siendo esto el signo más frecuente y aparece antes del cuarto mes de gestación.

A consecuencia de la hemorragia es muy frecuente que la paciente presenta anemia, sin embargo - suele existir una intensa hipovolémica de rápida aparición que explica gran parte la anemia (Pritchard); puede haber expulsión de vesículas hidatidiforme, con la cual se puede determinar el diagnóstico.

También hay que tomar en cuenta que si no se produce un aborto precoz, el útero va aumentando de tamaño con mayor rapidez de lo normal, con lo cual se realiza el Diagnóstico diferencial, por el tamaño anormal del utero, con el tiempo gestacional.

Hay que tener presente que en los casos de Mola Hidatidiforme es frecuente la infección uterina, debido a un período de amenaza de aborto con cuello uterino abierto, hemorragia y una masa de tejido poco vascularizado en el útero.

Según en su texto Schwarcz las manifestaciones clínicas pueden clasificarse en dos formas, ya que el aumento y degeneración de la masa placentaria produce:

- a.- Aumento Morfológico;
- b.- Aumento Funcional.

El aumento Morfológico: consiste en que el útero se encuentra desproporcionalmente con relación a la amenorrea. Ya que el desproporcionamiento del contenido uterino determina desprendimiento del mismo de las zonas de inserción parietal, lo que ocasiona hemorragia continua o intermitente.

El aumento Funcional: consiste en que la hiperplasia vellositaria puede ocasionar la aparición de hiperemesis gravidica o de toxemia gravidica hipertensiva (Hipertensión, edemas, proteinuria).

De los signos descritos, la elevada excreción de gonadotropina y la expulsión de vesículas son los más significativos.

Opinión personal como se puede observar todos los autores presentan casi el mismo criterio y la sintomatología clínica es igual.

E.- DIAGNOSTICO

Para poder determinar el diagnóstico clínico de Mola Hidatidiforme el único signo patológico es la observación de las vesículas, sea por expulsión espontánea o por biopsia aspirativa.

Hay que tener en cuenta el error respecto a fecha de última regla, porque un útero gestante aumentado de tamaño, por mioma, un Hidramios a un embarazo gemelar.

Se puede mencionar que para determinar el diagnóstico definitivo depende del tiempo de gestación, porque después de las dieciseis semanas de embarazo, podemos encontrar, falta de ruidos cardíacos fetales, a la auscultación, falta de movimientos fetales, falta de esqueleto fetal a la radiología, con lo anterior se puede sospechar de embarazo molar sin embargo para poder llegar al diagnóstico definitivo podemos valernos de diferentes métodos corrientes.

- a.- Hormonal (H.C.G.)
- b.- Rayos X
- c.- Ultrasonido
- d.- Arteriografía
- e.- Anatomía Patológica.

DIAGNOSTICO HORMONAL

La gonadotropina corionica es una glucoproteína con un peso molecular de 55 a 60,000.

Su función es prácticamente igual a la de la hipófisis anterior. Se deriva de los sincitiotrofoblastico. Su importancia estriba en que impide la involución normal del cuerpo amarillo al fin del mes sexual, y permite que este cuerpo amarillo produzca grandes cantidades de sus propias hormonas, progesterona y estrógenos haciendo que estas hormonas que el endometrio uterino siga creciendo y almacenando grandes cantidades de elementos nutritivos, en lugar de perderse con la sangre menstrual. Esta hormona su dosificación es útil para el Diagnóstico de Embarazo Molar, pero hay que tener en cuenta, que su excreción se encuentra aumentado en el embarazo normal o gemelar para ello que se tenga una medición normal debe realizarse después del tercer mes de embarazo, es decir más o menos 100 días después de la última menstruación.

Este índice de actividades biológicas a veces tiene mayor importancia que el estudio Anatómopatológico ya que este último no indica toda la morfología del trofoblasto funcional.

Los tumores trofoblasticos facilmente excretan una sustancia glucoproteina (H.C.G.). En 1938 Gey y asociados, localizaron la producción de HCG, la cual fué llamada Prolan en las células placentarias de los cultivos de los tejidos.

Hay que recordar que la cuantificación de la HCG, sobre la excreción permite un Diagnóstico un pronóstico, sobre la base de la actividad funcional de los tumores.

Es raro encontrar una concentración de HCG mayor de 100,000 U.I. en un embarazo normal, aunque hay raras excepciones en los 60 a 70 días haciéndose pensar en un embarazo molar.

Debe tenerse en cuenta que 60 días es el tiempo crítico para tomar alguna decisión respecto al tratamiento después de evacuarse una mola.

Y finalmente han reportado que la HCG secreta da por la Mola, desempeña una actividad F.S.H. - mientras la producida por el coriocarcinoma tiene una actividad L.H.

DIAGNOSTICO POR ULTRASONIDO

Donald inició el estudio de la ecografía en 1958 y en 1970 Dr. Carranza y varios médicos iniciaron la osciloscopia B en Guatemala.

Entre la decima y duodecima semana de embarazo, puede dar lugar a confusiones en el diagnóstico molar por la desorganización fetal, porque según Tayler el coeficiente de Diagnóstico por ultrasonido es de 98.7%.

El ultrasonido nos permite establecer a partir del segundo trimestre del embarazo los siguientes Diagnósticos:

- 1.- Crecimiento y Desarrollo del Feto.
- 2.- Embarazo Gemelar.
- 3.- Muerte Fetal en útero.
- 4.- Tumores asociados abdominales al embarazo.
- 5.- Polihidramios.

Mientras que en el 3er. trimestre se puede diagnosticar:

- a.- Presentación del polo cefálico.
- b.- Embarazo múltiple.
- c.- Muerte Fetal.
- d.- Hidrocefalia y anancefalia.
- e.- Polihidramios.
- f.- Localización de la placenta.

Este medio para diagnóstico de Mola puede realizarse debido a que las vesículas se encuentran llenas de fluido, pues las ondas lo atraviesan - sin encontrar interfases, pudiendo localizar ondas posteriores.

DIAGNOSTICO POR RAYOS X.

La radiografía como método es válido a partir de los 18 a 20 semanas de Gestación, para poder determinar esqueleto oseó fetal, se toma una placa vacía de abdomen.

RADIOGRAFIA CONTRASTADA: Para poder tomar una radiografía contrastada, previo a una radiografía simple de abdomen, se punza el útero con una aguja número 18 y se aspira para obtener líquido para estar seguro que se encuentra en la cavidad uterina. Después se inyecta de 20 a 30 ml. de sustancia de contraste (Hypaque) y se toma dos placas, una anteroposterior y la otra lateral, a los 5 minutos, obteniéndose una imagen de "COMIDA DE POLILLA" o "PANAL DE ABEJAS". Según los autores (Goldstein y Reid.).

ARTERIOGRAFIA

Por medio de este método de estudio se ha podido comprobar que en embarazos molares existe un llenado simultáneo arterial placentario y venoso,

posiblemente debido a las derivaciones arteriovenosas.

DIAGNOSTICO ANATOMIA PATOLOGICA

(Ver clasificación patológica y aspecto clínico).

Macroscópicamente se caracteriza por:

- a) Racimos de uvas, a causa del enorme edema de las vellosidades;
- b) En general no existe embrión, aunque en algún caso se acompaña a un feto normal.

Estructura Microscópica:

- a.- Proliferación del trofoblasto de revestimiento de las vellosidades;
- b.- Desaparición o extrema rareza de vasos sanguíneos en las vellosidades;
- c.- Edema intenso y agrandamiento de las vellosidades;

Hallasgos microscópicos:

- 1.- Eosinofilia y necrosis elevada (30-60%).
- 2.- Modificación progestional, puede haber reacción luteínicas por quiste del ovario.
- 3.- Hematíes, leucocitos, placas endocervical y linfocitos.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- 1.- Aborto = amenaza de, o espontaneo;
- 2.- Placenta previa;
- 3.- Hidramnios agudo;
- 4.- Embarazo múltiple;

- 5.- Tumores ovaricos: (quiste luteínica) y en útero debe hacerse con embarazo ectópico.

F.- TRATAMIENTO

Bagshawe cree que la Quimioterapia profiláctica puede ser utilizado solamente si esta no esta asociada con severa toxicidad, agentes como el Methotrexate pueden producir efectos tan serios hasta llegar a producir la muerte.

El autor refiere que a dosis elevadas de Actinomicina D (12ug/Kg/día) por cinco días consecutivos estuvo asociado a un número pequeño de efectos que el methotrexate de ahí que se recomienda este como tratamiento profilactico.

El autor concluye que el Tratamiento profilactico rutinario de la mola Hidatidiforme no debe ser recomendada.

MANEJO GENERAL DE LA MOLA HIDATIDIFORME

- a.- Los títulos de H.C.G. serica debe ser obtenida semanalmente, hasta que se obtenga 3 títulos negativos mensualmente por un año;
- b.- Los títulos deben ser negativos después de 6 semanas, de la radicación de la mola, sin embargo la enfermedad trofoblastica debe considerarse maligna después de este tiempo.
- c.- Los títulos positivos después de la 6 - 8 semana debe realizarse un estudio más completo buscando malignidad y debe empezar realizando una dilatación y curetaje.

TRATAMIENTO DE LA MOLA HIDATIDIFORME

- 1.- A menos que hayan circunstancias atenuantes,-

evacuación vaginal debe ser utilizado cuando antes sea posible.

a.- si la amenaza de aborto esta en progreso, un goteo de oxitocina, para establecer - la Mola y seguir con un curetaje.

b.- Si no hay amenaza de aborto, debe de elegirse la dilatación y curetaje, con un goteo de oxitocina (50 unidades/500 cc D) una vez reducido el útero y firme el miometrio, realizar un curetaje fino.

c.- Paciente arriba de 40 años y con 3 hijos o más debe de realizarse Histerectomía, - esta debe de realizarse in situ.

NOTA:

En la actualidad algunos autores no recomiendan el uso de oxitócicos previo al legrado, porque estas con las contracciones uterinas producen facilmente metástasis de células malignas hacia los pulmones y el legrado con cucharía también esta contra indicado por la misma razón, únicamente succión y drenaje.

QUIMIOTERAPEUTICA

Para enfermedad trofoblastica no Metastásica:

- A) Actinomicina D 7 - 12 Mg/Kg/día I.V. por 5 días
B) Methotrexate 0.4 Mg/Kg/día I.M. o I.V. - por 5 días

Metastásico (Alto riesgo)

El tratamiento con las siguientes drogas debe-

utilizarse por 5 días

- A) Actinomicina D 0.5 mg I.V.
B) Methotrexate 15 mg I.V.
C) Clorambucilo 10 mg P.O.

Sin embargo cuando hay daño Hepático se utilizan las siguientes drogas:

- A) Actinomicina D 0.5 mg I.V.
B) 6 Mercaptopurina 100 mg P.O.

Cuando hay casos de resistencia a la droga se utiliza:

- A) Methotrexate 100 - 200 mg/Kg I.V. en infusión - 24 horas
B) Acido Folinico 9 mg P.O. c/6 H x 12. Comenzando dos horas después de la infusión del methotrexate.

- 6
1.- Vimblastina 0.06 mg/Kg/día
2.- Actinomicina D 0.02 mg/Kg/Peso
3.- Biomicina 0.25 mg/Kg/Peso

Estas drogas deben usarse una semana simultaneamente I.V.

Indicaciones para poder cambiar una droga a otra:

- a.- Mantenimiento de H.C.G. arriba de lo normal - después de 2 ó más cursos de los agentes terapéuticos;
b.- Aumento de los títulos de HCG durante el tratamiento;

- c.- Toxicidad severa o prolongada del tratamiento;
- d.- Niveles anormales de HCG después de 4 cursos de utilizarse el agente terapéutico.

CUIDADOS:

- a.- Antes del tratamiento debe corregir las pérdidas sanguíneas y electrolitos.
- b.- Debe de cuidarse al paciente considerablemente puesto que puede darsele una sobre carga y realizar una insuficiencia cardíaca congestiva.
- c.- Debe considerarse la toxemia antes del tratamiento.
- d.- A los pacientes debe informarseles antes de seguir el tratamiento lo siguiente:
 - 1) Seguir rigurosamente los títulos de SCGT
 - 2) Evitar los embarazos con:
 - a) Contraceptivos orales.
 - b) Tener la seguridad de evitar embarazos por un año
 - c) Debe de dársele información a la paciente antes de darsele alta, la forma de la utilización de los anticonceptivos.
 - 3)-Notificar inmediatamente al médico cuando presenta síntomas y signos como los siguientes: Hemorragia vaginal irregular, Hemoptisis cefalea, visión borrosa, persistente náusea y vómitos.

TOXICIDAD DE LA QUIMIOTERAPÉUTICA

La toxicidad del tratamiento puede clasificarse como sigue de dos formas:

I MAYORES

- a) Supresión de la Médula Osea
- b) Malfunción Hepática
- c) Síntomas y lesiones intestinales
- d) Infección

II MENORES

I. MAYORES:

- a) Supresión de la médula osea
 - a.1 Recuentos de Globulos blancos debajo de 2,000 debe suprimirse el tratamiento;
 - a.2 Recuentos de plaquetas debajo de 100,000 debe suprimirse el tratamiento.
- b) Malfunción hepática
 - b.1 Cuando esta elevado los resultados de Bilirrubina, Fosfatasa Alcalina, enzimas, debe suprimirse el tratamiento con methotrexate y debe iniciarse Actinomicina D;
 - b.2 Cuando hay marcado significado Hepatotóxico debe suprimirse el tratamiento.
- c) Síntomas y lesiones intestinales
- d) Infección
 - d.1 Si hay infección debe tomarse cultivos apropiados e iniciar antibioterapia;
 - d.1.a. Evitar antibioticos que puedan suprimir la médula osea o

hepatotoxicidad.

d.1.b. El manejo empírico de antibióticos.

II. MENORES

- a.- Rash de la piel
- b.- Alopecia
- c.- Espasmo abdominal
- d.- Dolor generalizado
- e.- Neuropatía local
- f.- Flebitis local
- g.- Constipación
- h.- Disfunción de vejiga
- i.- Anorexia.

SEGUIMIENTO DE LA ENFERMEDAD TROFOBLASTICA PERSISTENTE:

- 1.- Historia, Examen Físico y Neurológico
- 2.- Rayos X de torax mensualmente durante un año
- 3.- Centellograma hepático y cerebral
- 4.- Piolograma I.V.
- 5.- Determinación de H.C.G.
- 6.- Biometría hepática.

G.- PRONOSTICO

El pronóstico se considera fatal para el embrión en un 100% de los casos y mortal para la madre, siendo la causa de este pronóstico como se mencionó antes tales como, hemorragias, toxemias, perforación y posible deseminación al coriocarcinoma.

Siendo la mortalidad actual de 0.4% cifra - que puede reducirse a 0 % si se emplea un buen - tratamiento.

VI. MATERIAL Y METODO

Para poder llegar a su feliz término este estudio realizado en el Hospital Nacional de Escuintla, se tuvo la revisión bibliográfica de libros, tesis, revistas obtenidas en la biblioteca Central de la Universidad de San Carlos de Guatemala, registros médicos, resultados de Anatomía Patológica de los pacientes que ingresaron a la sala de Maternidad durante el período comprendido de Enero de 1977 - Agosto de 1978; así como recursos Humanos como Personal de Enfermería, Médicos, Jefe de estadística y archivo del hospital antes mencionado.

VII. RESULTADOS Y DISCUSION

CASO CLINICO Numero 1.-

D.G. Paciente de 23 años de edad, sexo femenino, unida quien ingresó el 4-1-77.

M.C. Hemorragia vaginal de 3 días de evolución.

HISTORIA:

Refiere paciente que repentinamente sin causa alguna inició hace 3 días cuadro de hemorragia vaginal de regular cantidad y dolor tipo cólico que inicia en región suprapúbica y que se irradia hacia región dorso-lumbar, la hemorragia es acompañada por pellejitos y coagulos así como F.N. C x T de un día de evolución.

ANTECEDENTES G.O.: Menarquia 13 años; U.R. 28 julio 1976; Gestas 3; para + 2; AB. 0; C=0.

E.F. S/v. Temperatura 39°C.; P/A: 110/60; pulso - 128 x'

ABDOMEN : Globoso con útero aumentado de tamaño - 13 cm arriba del pubis, no doloroso.

GINECOLOGICO: En canal vaginal leve hemorragia vaginal, en regular cantidad rutilante, vagina hipertermica, anexos libres, poco doloroso, útero aumentado de tamaño, orificios abiertos, hemorragia poco fetida.

I.C. De Ingreso 1.- Ab. Incompleto Fetido
2.- Infección Urinaria.

4-1-77 Expulsión de Mola Hidatidiforme
" " Legrado Uterino Instrumental.

Dx. de Egreso Mola Hidatidiforme.

CASO CLINICO Número 2.-

D.G. Paciente de 43 años de edad, sexo femenino, -
unida quien ingresó el 1-3-77.

M.C. Amenorrea de 8 meses de evolución y dolor -
úterino con salida de material sanguinolento.

HISTORIA:

Refiere paciente que su última regla fue
el 3-6-76, desde esa fecha no volvió a ver su re-
gla, pero hace + 1 mes principió con dolores tipo
parto y salida de material sanguinolento.

A.G.O.: Menarquía 14 años; Gesta 11; para 10; Ab=
0, C = 0 UR. 3-6-76.

E.F. Signos vitales temperatura 37°C.; pulso 88 x'
P/A 110/60.

ABDOMEN: En región suprapúbica se palpa masa dura
móvil ligeramente dolorosa.

GINECOLOGICO: Genitales externos normal a su edad,
cuello de multipara utero aumentado se palpa masa
dura móvil, poco doloroso de + 10 cm. de diametro

I.C. DE INGRESO: 1.- Fibromatosis Uterina.
2.- Quiste de ovario derecho?

4-3-77 Evaluado paciente que se le da egreso con
I.C. de embarazo de 18 semanas por A.U.

25-3-77 Paciente reconsulta por presentar hemorra-

gia vaginal y dolores tipo parto de 17 horas de
evolución con salida de masa en región vaginal -
expulsando en emergencia masa de aspecto placen-
tario con vesículas, como racimo de uvas.

I.C. De reingreso: 1.- Mola Hidatidiforme.

25-3-77 Legrado Uterino Instrumental.

Resultado de Anatomía Patológica No. 1842-77 (Dx
Embarazo Molar).

Dx. de egreso Mola Hidatidiforme.

CASO CLINICO Número 3.-

D.G. Paciente de 23 años de edad sexo femenino, -
casada quien ingresó el 19-2-77.

M.C. Hemorragia vaginal de 10 horas de evolución.

HISTORIA:

Esposo de la paciente refiere que desde
hace 10 horas su esposa presentó hemorragia, e-
lla tenía 4 meses de amenorrea por lo que consul-
tó.

A.G.O. Gestas 2; Para 1; Ab=0

E.F. Signos vitales P/A 120/70; pulso 80 x', tem-
peratura 37°C.

ABDOMEN: Globoso simétrico, blando deprecible, -
doloroso a la palpación profunda en hipogastrio.

GINECOLOGICO: Genitales femeninos con abundante
hemorragia vaginal, con salida de tejido placen-
tario (en forma de racimos de uva) ambos orifi-
cios abiertos.

I.C. de ingreso 1. Ab Molar incompleto.

20-2-77 Legrado Uterino Instrumental.

Resultado de Anatomía Patológica 960-77 (Dx. Vellosidades coriales organizadas).

Dx. de Egreso Mola Hidatidiforme.

CASO CLINICO Número 4.-

D.G. Paciente de 38 años de edad, sexo femenino, unida quien ingresó el 7-5-77.

M.C. Dolor hipogastrio de \pm 24 horas de evolución

HISTORIA:

Paciente refiere que estaba embarazada en su 4o. mes cuando ayer comenzó a sentir dolores en el hipogastrio, refiere que hoy a las 5 de la mañana tuvo expulsión de producto pero que no perdió su "compañero" refiere poca hemorragia.

A.G.O. Gestas 3; para 2; Ab= 1.

E.F. Signos vitales pulso 82 x'; P/A 120/80; F. R. 16 x'; temp. 37°C.

ABDOMEN: Al palpar hipogastrio se palpa útero - grande aumentado de tamaño al hacer tacto vaginal se palpa cuello dilatado \pm 5 cm.

I.C. De ingreso 1.- Ab en curso
2.- Anemia

NOTA DE LEGRADO 7-5-77 Ginecológico:

1.- Se extrae feto de \pm 10 cm. de largo, macerado, fetido aún adherido a placenta.

2.- Con pinza de anillos se extrae placenta, la cual salió incompleta por lo que se efectúa legrado uterino.

Dx. De egreso: Ab incompleto.

Resultado de Anatomía Patológica. No. 2312-77.

M.C. Secciones de contenido uterino revelan decida necrotica y vellosidades coriales.

Dx. Contenido Uterino: Decidua necrotica y vellosidades coriales.

CASO CLINICO Número 5.-

D.G. Paciente de 36 años de edad, sexo femenino, unida.

M.C. Hemorragia vaginal de 1 mes de evolución.

HISTORIA:

Refiere paciente que desde hace \pm 1 mes que viene presentando hemorragia vaginal por lo que consultó a comadrona que le dijo que hera atraso de su regla colocandole sonda. Además refiere paciente que cuadro de hemorragia aumentó por lo que consultó.

A.G.O. G. 7; para 5; (parto gemelar) Ab=2; U.R.?

E.F. P/A 100/80; pulso 120 x'; temp. 39.2°C.

ABDOMEN: Blando, plano, doloroso a la palpación.

GINECOLOGICO: Tacto cuello con bordes irregula-

lares, muy doloroso al tacto, anexos dolorosos, - con descarga de material sanguinolento sin feti-
des.

I.C. De Ingreso 1.- Ab. incompleto.
2.- Endometritis incipiente.

13-6-78 Expulsión de vesículas.
" " L.U. Por aspiración

Dx. De egreso: Mola Hidatidiforme.

CASO CLINICO Número 6.-

D.G. Paciente de 40 años de edad quien ingresó el 28-6-77, casada.

M.C. Hemorragia vaginal de \pm 30 días de evolución

HISTORIA:

Refiere paciente haber iniciado hemorragia hace \pm 1 mes, siendo abundante dolorosa luego de \pm 2 meses de amenorrea, pues vió su U.R. el 10-4-77 hasta la fecha en que inició cuadro de hemorragia profusa, además refiere que hace \pm 9 días expulso "3 bolas de carne" bastante grande quedando desde esa fecha con poca hemorragia.

A.G.O. Menarquía 13 años; ritmo c/30 x 4 días abundante doloroso con coagulos; G. 9; para 8; Ab = 1; C = 0.

E.F. Signos vitales P/A 110/70 temp. 36.6°C.

ABDOMEN: Utero aumentado \pm 4 veces su tamaño normal (A.U. 18 cm).

GINECOLOGICO: Al tacto cuello uterino, abierto o-

rificios, externo hay leve descarga de material - Muco sanguinolento no fetido.

I.C. de Ingreso 1.- Ab. incompleto.

7-7-77 ULTRASONIDO (Mola Hidatidiforme). No. 1697

13-7-77 Histerectomía abdominal con salvingoofe-
rectomía (fúndica ó cuneiforme) apendisectomía -
profiláctica.

Resultado de Anatomía Patológica No.3756-77 Dx. -
Mola Hidatidiforme.

Dx. De Egreso 1.- Mola Hidatidiforme
2.- Histectomía abdominal
3.- Apendisectomía profilacti-
ca.

CASO CLINICO No. 7

D.G. Paciente de 18 años de edad, sexo femenino, quien ingresó el 9-8-77, unida.

M.C. Hemorragia vaginal Post-amenorrea de \pm 2 meses de evol.

HISTORIA:

Refiere paciente que hoy por la madrugada inició ha presentar dolor en hipogastrio la cual se acompaña de hemorragia vaginal intensa con antecedente de presentar amenorrea de \pm 2 meses de evolución.

ANTECEDENTES G.O. G. 1; para: 0; Ab=0; U.R. ?

E.F. Signos vitales P/A 100/60; pulso 72 x'; temperatura 37.5°C.

ABDOMEN: Semi-globoso con útero aumentado con 16 cm. No FOCO.

GINECOLOGICO: Hay descarga hemorrágica, orificios entre-abiertos, móvil, no doloroso.

I.C. De Ingreso 1.- Ab; en curso
2.- Anemia severa

12-8-77 Expulsó masa vesicular (Mola Hidatidiforme)
12-8-77 L.U.I.

Resultado de Anatomía Patológica No. 4333-77 Dx.
Mola Hidatidiforme.

Dx. De egreso 1.- Mola Hidatidiforme.

CASO CLINICO Número 8.-

D.G. Paciente de 22 años de edad, sexo femenino, quien ingresó el 27-12-77

M.C. Hemorragia vaginal de 8 horas de evolución.

HISTORIA:

Refiere paciente que hace + 9 horas de evolución que inició ha presentar dolor en abdomen, la cual se acompañó de hemorragia vaginal, con coágulos, esto se ha intensificado por lo que consultó.

A.G.O. Gestas 3; para 2; Ab 0; C = 0; U.R. ?

E.F. Signos vitales P/A 100/60; pulso 80 x'; resp. 24 x'.

ABDOMEN: DOLOROSO A LA PALPACION en especial en

fosas iliacas.

GINECOLOGICO: Descarga hemorrágica en regular - cantidad al tacto, orificios externo e internos-abiertos, útero aumentado de tamaño + 2 veces de su tamaño normal.

I.C. Ab. Incompleto.

28-12-77 Expulsión masa vesicular
" " L.U.I.

Anatomía Patológica No. 6697-77 Dx. Decidua y vellosidades coriales.

Dx. De egreso: Embarazo Molar.

CASO CLINICO Número 9.-

D.G. Paciente de 18 años de edad, sexo femenino, quien ingresó el 19-1-78.

M.C. Hemorragia vaginal con trabajo de parto de 11 horas de evolución.

HISTORIA:

Refiere paciente que hoy a las 8 horas-principió ha presentar dolores de parto y hemorragia vaginal con coágulos.

A.G.O. Menarquía 13 años; Gestas = 1; para = 0; Ab = 0; C = 0. U.R. 8-8-77.

E.F. Signos vitales P/A 110/70; pulso 130 x'; F.R. 28 x' temp. 38.5°C.

ABDOMEN: Plano deprecible doloroso a la palpación

generalizado útero aumentado de tamaño grávidico 5 meses.

GINECOLOGICO: Hay presencia de hemorragia vaginal con coagulos, palpandose útero gravidico de aproximadamente 5 meses con orificios internos - y externo abierto, presentando ~~contracciones~~ de aprox c/3' con duración de 35" c/una.

I.C. De ingreso 1.- Obito fetal
2.- Ab. incompleto.

19-1-78 Expulsión de Mola Hidatidiforme
20-1-78 L.U.I.

Resultado de anatomia Patologica No.496-78 Dx. - Mola Hidatidiforme.

Dx. De egreso: Mola Hidatidiforme.

CASO CLINICO Número 10.-

D.G. Paciente de 19 años de edad sexo femenino, - unidad, quien ingresó el 9-5-78.

M.C. Dolores de parto y hemorragia vaginal de 15 días de evolución.

HISTORIA:

Refiere paciente que hace + 15 días inició cuadro de hemorragia vaginal con coagulos y dolores de parto.

A.G.O. Gestas = 3; para = 1; UR = ?; Ab=1

E.F. Signos vitales P/A. 110/60; Fc: 84 x' Fr. - 22 x'; temp. 37.3°C. U.R. ?

ABDOMEN: Globoso por útero ocupado A.U. 25 cm. - por maniobra de leopol.

GINECOLOGICO: Placente previa central total.

I.C. De ingreso 1.- Embarazo de 30 s x A.U.-
2.- Feto Muerto
3.- Trabajo de parto
4.- Placenta previa total - central sangrante
5.- Anemia aguda.

9-5-78 Expulsión de Mola Hidatidiforme
" " Legrado Uterino Instrumental

Dx. De egreso: Mola Hidatidiforme.

CASO CLINICO Número 11.-

D.G. Paciente de 31 años de edad sexo femenino, - quien ingreso 2-5-78

M.C. Hemorragia vaginal de 31 días de evolución.

HISTORIA:

Refiere paciente que el día 28-5-78, comenzó con hemorragia vaginal escasa de color rojo sin coagulos, sin fetidez, además refiere paciente U.R. el 12-12-77 por lo que consulta.

A.G.O. Gestas 8; para 6; Ab = 1; C = 0; menarquia 12 años ciclo 30 x 5 días.

A.F. Signos vitales Temp. 37°C.; P/A 100/60; Fc. 100 x'; pulso 100 x'.

ABDOMEN: Blando con útero aumentado de tamaño a nivel de ombligo, no se palpan partes fetales no

se ausculta Frecuencia Cardíaca Fetal.

GINECOLOGICO: Genitales externos de multipara, vagina normal, cuello cerrado, poca hemorragia, no fétida, anexos libres.

I.C. De ingreso: Mola Hidatidiforme.

Ultrasonido: No foco fetal.

Rx de abdomen: No partes fetales.

4-5-78 Expulsión de Mola Hidatidiforme.

" " L.U.I.

Dx. De egreso: Mola Hidatidiforme.

CASO CLINICO Número 12.-

D.G. Paciente de 19 años de edad sexo femenino, - quien ingresó el 4-5-78, casada.

M.C. Hemorragia vaginal de 15 días de evolución.-

HISTORIA:

Refiere paciente que hace + 15 días principió con hemorragia vaginal escasa la cual en los últimos días ha aumentado, ayer notó salida de coagulos y pellejitos por lo que consulta.

A.G.O. Menarquía 12 años; Gestas 2; Para = 1; Ab = 0; ritmo 30 x 3 días; UR. 28-Feb-78.

E.F. Signos vitales: Temp. 38.3°C; P/A 120/60; Fc 124 x' Pulso 124 x'

ABDOMEN: Blando deprecible se palpa útero aumentado 5 veces lo normal A.U. 12 cm.

GINECOLOGICO: Genitales externos normal, al tacto vagina se palpa orificios externos, internos cerrados útero aumentado de tamaño.

I.C. De ingreso: Ab Inmediato.

5-5-78 Expulsó Mola Hidatidiforme

" " L.U.I.

Dx. De egreso: Mola Hidatidiforme

CASO CLINICO Número 13.-

D.G. Paciente de 30 años de edad sexo femenino, - casada, quien ingresó el 26-8-78.

M.C. Hemorragia vaginal de 9 días de evolución.

HISTORIA:

Refiere paciente que desde el 25-5-78 inició a presentar hemorragia vaginal de color rojo en regular cantidad aumentandose, hoy la cual se acompaña de dolor en región dorsal, irradiando se en fosa iliaca, dicha hemorragia contiene cuagulos.

A.G.O. Menarquía 12 años; U.R. + 4-2-78; Gestas 9; para 8; Ab = 0; C = 0.

E.F. P/A 160/100; pulso 128 x'; temperatura 37°C.

ABDOMEN: Globoso con A.U. 26 cm. circunferencia - abdominal 86 cm. globoso duro no se palpan partes fetales.

GINECOLOGICO: No se hizo.

I.C. De ingreso: 1.- Obito Fetal
2.- Placenta previa.

26-8-78 Expulsión de vesícula (Mola Hidatidiforme).
" " L.U.I.

Resultado de anatomía patológica Dx. Mola Hidatidiforme. No. 4779-78.

Dx. De egreso: Mola Hidatidiforme.

CASO CLINICO Número 14.-

D.G. Paciente de 20 años de edad sexo femenino, -
unida, quien ingresó el 23-8-78.

M.C. Hemorragia vaginal de 18 horas de evolución.

HISTORIA:

Refiere paciente hemorragia vaginal de 18 horas de evolución en regular cantidad.

A.G.O. Gestas = 1; Para = 0; Ab = 0; c = 0; UR=?

E.F. Signos vitales P/A 120/70; Fc. 88 x'; Temp. 37°C; FR. 17 x'

ABDOMEN: Globoso, duro, doloroso a la palpación, útero aumentado de tamaño 28 cm. No hay foco fetal.

GINECOLOGICO: Vagina normotermica con hemorragia vaginal, útero contracturado gravidico orificios-abiertos 3 cm.

I.C. De ingreso: 1.- Hemorragia del 3er. trimestre
2.- Obito fetal.

24-8-78 Expulsión vesicular Mola Hidatidiforme.

24-8-78 L.U.I.

Resultado de Anatomía Patológica No. 4629-78 Dx. -
Desidua necrótica y vellosidades coriales.

Dx. De egreso: Mola Hidatidiforme.

CASO CLINICO Número 15.-

19-4-77

Paciente xx.

Resultado de Anatomía Patológica No. 18-47-77.

Dx. Desidua necrótica y vellosidades coriales.

CASO CLINICO Número 16.-

9-11-77

Paciente xx.

Resultado de Anatomía Patológica No. 4807-77 Dx. Desidua necrótica y vellosidades coriales.

NOTA: Los casos clínicos Nos. 15 y 16, las historias clínicas fueron extraviadas, encontrándose únicamente los resultados de Anatomía Patológica.

CUADRO No. 1 FRECUENCIA DE MOLA H.

AÑOS	No. EMBARAZOS	MOLAS	EMBARAZOS X UNA MOLA
1977-31/8/78	2,439	16	152

Como puede observarse en el cuadro anterior y en el período de estudio la relación de una Mola en 152 embarazos.

CUADRO No. 2. EDAD-RELACION A MOLAS

EDAD	No. Casos	%
11-15	0	0.
16-20	5	31.25
21-25	3	18.75
26-30	1	6.25
31-35	1	6.25
36-40	2	12.50
41-45	2	12.50
46-50	0	00.00
Desconocido	2	12.50
TOTALES	<u>16</u>	<u>100.00%</u>

Como puede observarse en el cuadro anterior la edad más afectada con respecto al número de molas en la edad reproductiva es de 16-25 años.

CUADRO No. 3. ESTADO CIVIL DE LA PACIENTE

ESTADO CIVIL	No. PTE.	%
Solteras	0	0
Unidas	9	56.25
Casadas	5	31.25
Desconocida	2	12.50
TOTALES	<u>16</u>	<u>100.00</u>

El cuadro anterior se observa que el estado civil es de un 56% de las pacientes que son unidas.

La situación socio-económica se encontró que el 87% de las pacientes consultaron al Hospital es de situación económica baja, que la mayoría pertenecía al área rural, ocupando un 12% de origen

desconocido por situación de extravío de las papeletas.

CUADRO No. 4. MOTIVOS DE CONSULTA

M.C.	No. CASOS	%
1.- Hemorragia V.	11	67.75
2.- Amenorrea y dolores de parto	3	18.75
3.- Desconocida	2	12.50
TOTALES	<u>16</u>	<u>100.00%</u>

Como se puede observar en el cuadro anterior que el motivo de consulta fue de Hemorragia Vaginal abarcando un 68% de los casos consultados al Hospital, además se hace notar que el 12% de M.C. desconocida por extravío de las papeletas sólo se obtuvo el resultado de Anatomía Patológica.

CUADRO No. 5
NUMERO DE EMBARAZOS DE LAS PTE. CON MOLA H.

GESTAS	No. CASOS	%
- 1	3	18.75
2- 4	6	37.75
5- 6	0	00.00
7 y más	5	31.25
Desconocida	2	12.50
TOTALES	<u>16</u>	<u>100.00</u>

Como podemos notar en el cuadro anterior la incidencia de Molas Hidatidiforme es más frecuente en embarazadas multiparas que en primigestas abarcando un 68%.

CUADRO No. 6. TIEMPO DE GESTACION

No. SEMANAS	No. CASOS	%
Menos - 5	0	0.00
6 - 10	3	18.75
11 - 15	0	0.00
16 - 20	1	6.25
21 - 25	3	18.75
26 - 30	2	12.50
31 - 35	1	6.25
36 - 40	1	6.25
Desconocida	5	31.25
	<u>16</u>	<u>100.00</u>

El 18% de las pacientes según el cuadro anterior podemos ver la incidencia de 6-10 y 21-25 semanas de amenorrea o gestación, consultaron y presentaron el cuadro de Mola Hidatidiforme.

CUADRO No. 7. MOTIVO DE CONSULTA

CAUSA	No. CASOS	%
Hemorragia vaginal	11	68.75
Amenorrea y dolores de parto	3	18.75
Desconocido	2	12.50
TOTALES	<u>16</u>	<u>100.00</u>

Como podemos analizar, este cuadro las pacientes por que consultaron y el sintoma y signos más frecuentes fueron la hemorragia vaginal ocupando el 68%.

CUADRO No. 8. RELACION AU. CON UR.

UR. IGUAL QUE AU.	2	12.50
UR. MAYOR QUE AU.	2	12.50
UR. MENOR QUE AU.	3	18.75
No referidos por Historia	9	56.25
TOTALES	<u>16</u>	<u>100.00</u>

En el cuadro anterior hay que ser énfasis en que el Diagnóstico únicamente podía confirmarse clínicamente por la relación de UR y AU que esta última nos pudo confirmar, además que las historias - no refieren dicha relación o se encontraron únicamente UR o AU no se puede comprobar dicha relación como se puede ver en cuadro anterior que lo no referido viene ocupando un 56%.

CUADRO No. 9. I.C. DE INGRESO

CAUSA	No. CASOS	%
Ab incompleto	5	31.25
Fibromatosis Uterina más quiste del ovario	1	6.25
Ab Molar	2	12.50
Ab en curso	3	18.75
Placenta previa y obito fetal	3	18.75
Desconocido	2	12.50
TOTALES	<u>16</u>	<u>100.00</u>

El 31% fue de I.C. de Ingreso de las pacientes - fue de Ab incompleto.

CUADRO No. 10 DIAGNOSTICO DEFINITIVO

En el siguiente cuadro puede observarse los medios que fueron utilizados para poder llegar al Diagnóstico definitivo, como podemos ver 5 de estos pacientes fue hecho clínicamente, 2 resultados no fueron procesados en patología, 10 resultados fueron confirmados por Anatomía Patológica, uno por ultrasonido. Además hay que ser notar que la mayoría de casos ingresaron con I.C. de Ab incompleto.

METODO UTILIZADO	No. CASOS	%
1.- Clínicamente	5	31.25
2.- Ultrasonido	1	6.25
3.- Patología	10	62.50
TOTALES	16	100.00

CUADRO No. 11. GRUPO SANGUINEO

TIPOS	No. CASOS	%
1.- 0 - Rh (+)	4	25.00
2.- A - Rh (+)	2	12.50
3.- No referidos en la Historia	10	62.50
TOTALES	16	100.00

Como se puede observar en los pocos casos en los cuales se tomaron muestras para grupo sanguíneo el tipo predominó el 0 Rh (+) en un 25% en pacientes con enfermedad trofoblástica, sin embargo el 62.% consistió que se tomaron las muestras pero no fueron anotados ni colocados los resultados en las Historias clínicas.

CUADRO No. 12.
CASOS DE MOLA H. UNICA Y MOLA H. EMBRIONADA

	No. CASOS	%
1.- MOLA H. Unica	15	93.75
2.- MOLA H. Embrionada	1	6.25
TOTALES	16	100.00

En este cuadro puede analizarse un caso o un 6% - se encontró una Mola Hidatidiforme embrionada, ya que esta clínicamente fue Dx como Ab incompleto, sin embargo según el resultado anatomopatológico reportó Mola Hidatidiforme.

CUADRO No. 13.
TRATAMIENTO Y RESOLUCION DEL CASO

TRATAMIENTO	No. CASO	%
1.- L.U.I.	14	87.50
2.- Histerectomía abdominal con salpingooferectomía y apendicectomía profiláctica.	1	6.25
3.- L.U. por Aspiración	1	6.25
TOTALES	16	100.00

La conducta seguida como podemos analizar según cuadro anterior fue de L.U.I. y no por aspiración.

VIII. CONCLUSIONES

- 1.- Como puede observarse en el resumen de las Historias clínicas hay varios parametros que no fueron suficientemente investigados al ingreso, tales como, control prenatal, relación de la amenorrea con la altura uterina, perfil social, antecedentes personales no patológicos y patológicos, así como antecedentes familiares.
- 2.- Como puede observarse en nuestros cuadros estadísticos la frecuencia de Mola Hidatidiforme en el Hospital Nacional de Escuintla de una Mola por 152 embarazos normales, la cuál se considera alta a la relación de los registrados en los Hospitales Nacionales de la capital de Guatemala, Hospital Roosevelt en 1977 una mola en 1,168 partos y en el Hospital San Juan de Dios en 1978, se encontró una mola en 423 embarazos.
- 3.- La edad más afectada con respecto a la Mola Hidatidiforme de las pacientes es la edad reproductiva 16-25 años.
- 4.- La incidencia de enfermedad trofoblastica es mayor en las pacientes multiparas que en primigestas, ocupando un 68%.
- 5.- El 43% de las pacientes, la edad de gestación esta comprendida en las primeras 25 semanas.
- 6.- La hemorragia vaginal fue el motivo de consulta de la paciente, siendo un 68%, diagnosticándoseles posteriormente Mola Hidatidiforme.
- 7.- El diagnostico clínico en relación tiempo de

embarazo estimado y calculado, no es satisfactorio, debido a que no fueron anotados en la historia clínica de ingreso, varios parametros como UR o AU.

- 8.- La impresión clínica de ingreso fué de Aborto incompleto siendo este un 31%.
- 9.- El diagnóstico definitivo de Mola Hidatidiforme 62% fue realizado por estudios de Anatomía Patológica.
- 10.- Un sólo caso se diagnóstico antes de su ingreso por medio de ultrasonido, de Mola Hidatidiforme.
- 11.- En el presente estudio se encontró una Mola Hidatidiforme embrionada, reportada histopatológicamente, ya que esta clínicamente fue diagnosticada como Aborto Incompleto.
- 12.- El legrado Uterino Instrumental fué el más empleado para la resolución del caso y poder llegar al Diagnóstico Definitivo.
- 13.- El manejo de la paciente desde su ingreso hasta su egreso fué malo, ya que no se manejarón bastantes parametros entre ellos podemos mencionar el L.U.I. que no se usa actualmente, si no por medio de aspiración, seguimiento de la paciente, controles de H.C.G. etc.

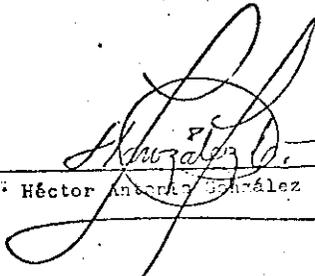
IX. RECOMENDACIONES

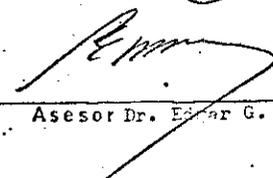
- 1.- Se recomienda a los médicos docentes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, así como médicos del Hospital Nacional de Escuintla, hacer más conciencia al futuro médico de poner más énfasis en la evaluación de los pacientes, así como investigación de las Historias clínicas, principalmente obstétrica.
- 2.- Analizar y anotar los hallazgos de los diferentes resultados de laboratorio, técnicas y comentarios en las Historias Clínicas.
- 3.- Tratar de organizar por medio del laboratorio para que se realicen los exámenes necesarios, especialmente niveles de HCG, enviar las muestras a Patología y reclamarlas.
- 4.- Por medio de pláticas y visitas domiciliarias, se haga conciencia en las pacientes con Diagnóstico de Mola Hidatidiforme, sobre los riesgos y complicaciones que puede presentar a no tener un seguimiento.
- 5.- En casos que no se contara con los medios necesarios para la evaluación de dichos pacientes referirlos a un Hospital más completo, en estos casos I.N.C.A.N.

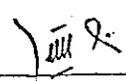
X. BIBLIOGRAFIA

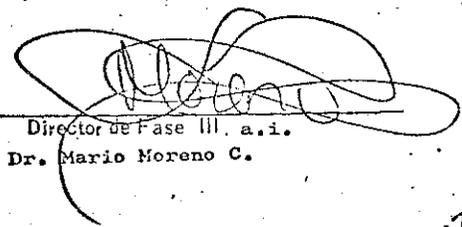
- 1.- GIAMMATTEI T. ROBERTO EDUARDO. Tesis. Mola Hidatidiforme en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt. Facultad de Ciencias Médicas, 1977.
- 2.- PINEDA C. JAIME A. Tesis Mola Hidatidiforme y Coriocarcinoma en el Departamento de Maternidad del Hospital San Juan de Dios, 1978.
- 3.- ANDRINO L. EDGAR R. Tesis Mola Hidatidiforme, experiencias en el Hospital Nacional de Huehuetenango, 1978.
- 4.- GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. Tomos I y III Salvat Editores S.A., 1974.
- 5.- CLINICAS de Obstetricia y Ginecología. Junio de 1967 Neoplasia Trofoblastica.
- 6.- CLINICAL OBSTETRIES AND GYNECOLOGY, Volumen - No. 17 Marzo 1974. Gestational Trophoblastic Neoplasia.
- 7.- CLINICAL OBSTETRIES AND GYNECOLOGY Volumen - No. 18 septiembre 1975, TREATMENT OF CHORIONIC TUMORS.
- 8.- February 1976 Vol. 47 No. 2 "Hydatidiform Mole a vascular congenital anomaly"
- 9.- January 15, 1977 Volumen 127 No. "Hydatidiform Mole Twoontities"
- 10.- Ginecología y Obstetricia de México, abril - 1974, Vol. 35 No. 210, Enfermedad Trofoblastica.

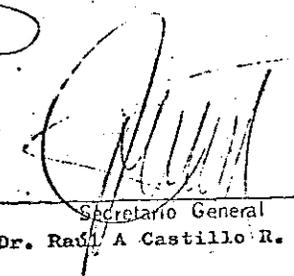
- 11.- GOLDSTEIN P., DONALD, Et al. Prevention of gestional Trophoblastic disease by use of Actinomycin D In Mole Pregnancy Obstetrics. 1974.
- 12.- ISHIZUKA NAOTAKA, et al. Donadotropin and steroid hormone excretion in trophoblastic neoplasia. Obstetrics and Gynecology Journal of.
- 13.- NOVAK EDMUND, GEORGEABBA SEEGAR JONES. HOWARD W. JONES JR. Tratado de Ginecología. Edit. Interamericana, 1971.
- 14.- WILLIAM J. WHITRIDGE Obstetricia, 1973. Mola Hidatidiforme y Goriocarcinoma.
- 15.- SCHAWARCS SALA DUBERGER. Obstetricia. "Mola - Hidatidiforme y Coriocarcinoma.


 Dr. Héctor Antonio González Cajón.

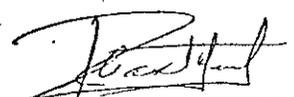

 Asesor Dr. Edgar G. Mora Rossoto


 Revisor Dr. Mario Estrada


 Director de Fase III. a.i.
 Dr. Mario Moreno C.


 Secretario General
 Dr. Raúl A. Castillo R.

Vo.Bo.


 Decano
 Dr. Rolando Castillo Montalvo.