

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

MOLA HIDATIDIFORME

INCIDENCIA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE TOTONICAPÁN

(Estudio retrospectivo de 5 años)

TESIS

Presentada a la Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

POR

GUILLERMO ESTUARDO CALDERON MEZA

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Mayo de 1980

PLAN DE TRABAJO

1.	INTRODUCCION	1
2.	OBJETIVOS	2
3.	HIPOTESIS	3
4.	DEFINICION	4
5.	HISTORIA	4
6.	INCIDENCIA	6
7.	SINTOMATOLOGIA	7
8.	ANATOMIA PATOLOGICA	8
9.	DIAGNOSTICO	11
10.	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	15
11.	TRATAMIENTO	15
12.	MATERIAL Y METODOS	20
13.	PRESENTACION DE RESULTADOS	21
14.	CONCLUSIONES	33
15.	RECOMENDACIONES	35
16.	BIBLIOGRAFIA	36

INTRODUCCION

El presente trabajo, tiene como propósito - demostrar la incidencia de Mola Hidatidiforme en el Hospital Nacional de Totonicapán, por medio - de un estudio retrospectivo de 5 años (1975-1979

Con este trabajo se estará dando una idea - clara acerca de la frecuencia de Mola Hidatidi - forme, analizando en esta forma si su tratamien - to es adecuado y también observando cuál o cuál - les son sus principales consecuencias, para que en el futuro no se cometan los mismos errores.

La decisión de efectuar este trabajo de in - vestigación sobre Mola Hidatidiforme en el Hospi - tal Nacional de Totonicapán fué hecha por la fal - ta de estudio de esta enfermedad del trofoblasto a nivel departamental.

OBJETIVOS

1. Establecer la incidencia de Mola Hidatidiforme en el Hospital Nacional de Totonicapán.
2. Determinar que la Mola Hidatidiforme se presenta en mujeres multiparas mayores de 20 años.
3. Tratar de mejorar el diagnóstico clínico con ayuda de laboratorio.
4. Demostrar que el tratamiento quirúrgico es un 90% efectivo, y que evita el Coriocarcinoma.
5. Demostrar que las gonadotropinas coriónicas son medio auxiliar eficaz.
6. Demostrar que la hemorragia vaginal es el signo más frecuente en Mola Hidatidiforme.
7. Conocer y divulgar esta enfermedad en el Hospital Nacional de Totonicapán.

HIPOTESIS

1. La complicación más frecuente de Mola Hidatidiforme en el Coriocarcinoma.
2. El tratamiento definitivo de las pacientes con Mola Hidatidiforme, es la Histerectomía Abdominal Total.
3. Una elevación marcada de las gonadotropinas coriónicas post-Mola Hidatidiforme, indican fuertemente una sospecha de Coriocarcinoma.
4. La edad más frecuente en las pacientes que presentan Mola Hidatidiforme, es de los 25 años en adelante.
5. El tratamiento efectuado en el Hospital Nacional de Totonicapán, es el correcto.
6. En el Hospital Nacional de Totonicapán, la Mola Hidatidiforme se comprueba patológicamente o por otro medio de estudio.

REVISION BIBLIOGRAFICA

DEFINICION

Proliferación y degeneración de las vellosidades coriales: anomalía del desarrollo de la placenta y considerada como neoplasia benigna, en la cual las vellosidades coriales sufren enorme distensión por líquido, apareciendo como vesículas botroides cuyo tamaño oscila entre algunos milímetros y el volumen de una cereza (15).

HISTORIA

La Mola Hidatidiforme se ha conocido desde hace siglos. Los antiguos griegos la conocían.

Es probable que algunas de las sorprendentes historias de partos múltiples con la descarga de docenas o centenares de supuestos huevos o embriones, fueran en realidad casos de Mola Hidatidiforme. La naturaleza y el origen de estos tumores fué durante mucho tiempo debatido. No fué nada difícil -- ver la relación entre Mola Hidatidiforme y el corión, porque ambas tienen una disposición vellosa, por consiguiente, el origen fetal de la Mola Hidatidiforme se admitió pronto.

Los antiguos autores llamaban mola a toda masa que desarrollada dentro del interior del útero, era expulsada, confundiendo con este nombre, --- otros productos como restos de placenta retenidos después de abortos, fibromas o pólipos. Involucraban también como variedades de molas, a las -- carnosas, vesiculares y acuosas (13). Poco a poco el nombre de mola se ha ido reservando al desarrollo dentro del útero de vesículas, en las cuales se ha buscado desde hace tiempo la patogenia.

Reigner de Graaf (1678) admitió que las vesículas, eran de huevos no fecundados (13). Otros autores (Ruysch, Albumus) piensan que se deben a una alteración del huevo (13).

Mme, Boivin, Velpean, Desormeaux, demostraron que se debía a una enfermedad de las membranas del huevo (13). Ch Robin, lo atribuye a una hidropesía de las vellosidades coriales (13). De estas investigaciones, Virchow, concluye que se derivan de un mixoma de las vellosidades coriales, de una verdadera hiperplasia del tejido mucoso que existe en el estado normal de toda vellosidad. La mola sería así constituida por una degeneración quística de las vellosidades coriales, resultado de una hipertrofia del tejido mucoso; éste sería un mixoma de la placenta (12). Esta teoría fué combatida por H. Mueller, quién refiere que la mola resulta de una proliferación del epitelio de las vellosidades coriales; y -- por Ercdam, quién insiste sobre la neoplasia de este epitelio (12).

Marchand no considera la mola como un mi xoma, sino como un tumor epitelial y cree que la modificación más importante, es aquella de las partes epiteliales, y podrían producir una alteración hidrópica del tejido celular de co rión (12).

INCIDENCIA

La frecuencia media de Mola Hidatidiforme, se calcula uno por 600 partos, dicha frecuencia es mayor en multíparas y en mujeres de edad avanzada (45 años en adelante). Es raro que la Mola Hidatidiforme pueda repetirse en embarazos posteriores, aunque hay probabilidades de la misma en un 2% (16).

En E.E.U.U., la Mola ocurre una cada 2,500 embarazos; en otros países como Asia del Sur del Pacífico, una por 530 embarazos: Taiwan, una por 125 embarazos (8).

En Guatemala el Dr. Hermán Aramburú, reportó una incidencia en el Centro Infantil del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en 1958, de una mola por 670 embarazos. Sin embargo, los estudios realizados de tesis por el Dr. Roberto Giammattei, en el Departamento de maternidad del Hospital Roosevelt en 1977, reportó una mola en 1168 partos. También el Dr. Jaime Pineda en el Hospital General San Juan de Dios en 1978, reportó una incidencia de una mola en 953 embarazos. El Dr. Edgar Andrino en el mismo estudio en el Hospital Departamental de Huehuetenango, reportó un embarazo molar en 402 embarazos normales. El Dr. Héctor González Cajas en el Hospital de Es -

cuintla reportó una mola en 152 embarazos normales.

SINTOMATOLOGIA

Clínicamente 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, signos habituales en cuello y cuerpo uterino (6).

La hemorragia vaginal que puede ser rojiza o negruzca indolora, indolora, es el signo más frecuente y suele aparecer antes de los 4 meses de embarazo. Esta hemorragia es signo frecuente de consulta.

A consecuencia de esta hemorragia, es frecuente que la paciente presente anemia, sin embargo, suele existir una intensa hipovolemia de rápida aparición, que explica gran parte de la anemia. (16)

Se menciona también que si no se produce el aborto precoz, el útero muchas veces aumenta de tamaño mucho más rápido que lo normal (16).

En los casos de la Mola Hidatidiforme, es frecuente la infección, debido a un período de amenaza de aborto, con cuello uterino abierto, hemorragia y una masa con tejido poco vascularizado en el útero (8).

Al tacto vaginal, el cuello está reblandecido, con un útero globuloso, en donde no se encuentra foco fetal ni se palpan partes fetales, aun

que en algunos casos puede haber peloteo fetal - (mola parcial embrionada) (13).

Al tacto combinado con la palpación, se encuentra un útero aplastado en sentido anteroposterior, con predominio en los diámetros transversales (signo de Recanses Molfino) (1).

Puede haber expulsión de vesículas hidatiformes, que es más frecuente hacia el 4o. mes de embarazo.

Se menciona también, que la infección urinaria, la hiperemesis gravídica, la pre-eclampsia son las más frecuentes, presentándose estas dos últimas, casi siempre en el segundo trimestre de la gestación (12). El dolor constituye un síntoma importante, en especial si se acompaña de un crecimiento uterino rápido (15).

Los signos que se presentan después de la 16 semana de embarazo son: (8)

1. Foco fetal no detectable.
2. Falta de movimientos fetales a la palpación.
3. Falta de esqueleto fetal a los Rayos X.

ANATOMIA PATOLOGICA

Se ignora si la Mola Hidatidiforme es un proceso tumoral o degenerativo (14).

La anatomía muestra la placenta, transformada en un racimo de vesículas claras de tamaño variable entre 2 y 3 milímetros y hasta 3 centímetros. En conjunto, la placenta se asemeja a un racimo de uvas, las vesículas se hallan unidas por tallos que son porciones no degenerativas por la vellosidad.

La clasificación de Mola Hidatidiforme desde el punto de vista patológico es: (5)

MOLA TOTAL: Regeneración molar que alcanza todo el corión.

MOLA TOTAL Y HUECA: Se presenta una cavidad ocupada por un líquido claro y hemático.

MOLA TOTAL Y LLENA: Sin cavidad.

MOLA PARCIAL: Si la generación es parcial.

MOLA EMBRIONARIA: Si acompaña un huevo en evolución.

La Unión Internacional con el Cáncer, ha propuesto la siguiente clasificación para enfermedad trofoblástica: (8)

ENFERMEDAD TROFOBLASTICA

1. Gestacional
2. No gestacional

DIAGNOSTICO CLINICO

No metastático
Metastático

- a) Local (pelviano)
- b) Extrapelviano

DIAGNOSTICO MORFOLOGICO

1. Mola Hidatidiforme

- a) No invasora
- b) Invasora

- 2. Coriocarcinoma
- 3. Incierto

En la observación microscópica de las velocidades, podemos establecer lo siguiente (16)

Desaparición de la estroma, que es sustituido por una masa gelatinosa en degeneración hídrica (edema del estroma).

En el epitelio:

- a) Proliferación a expensas de ambas capas trofoblásticas.
- b) Formación de vacuolas.

- 3. Desaparición parcial o total de la arteria nutricia.

Con cierta frecuencia, las vellosidades hipertróficas atacan la pared uterina, destruyendo fibras musculares o vasos, hasta atravesar el peritoneo, produciendo perforaciones o hemorragias consecutivas (mola perforante, penetrante o invasora o coriadenoma destruens) (16).

La penetración trofoblástica de los vasos no significa necesariamente que halla degeneración maligna (Coriocarcinoma). Tanto la mola benigna como la mola invasora, presentan una propiedad única en patología, que conservando sus propiedades benignas, pueden a veces producir metástasis en el pulmón, cerebro, vulva o vagina. Si ello ocurre, tiene una extrema gravedad, ya que si no mata por caquexia como el cáncer, puede hacerlo por la hemorragia que se ocasiona al haber un útero perforado o por las complicaciones de sus metástasis (Hemorragia cerebral, trastornos respiratorios, etc.) (16).

Cuando se extrae el tumor original, las metástasis sufren una remisión espontánea (16).

DIAGNOSTICO

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

La sospecha de embarazo molar en embarazos de más de 18 semanas, se puede comprobar por 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. Se puede encontrar signos y síntomas de hiperemesis gravídica, pero para poder llegar a un diagnóstico definitivo, debemos de valernos de los siguientes métodos (10).

DIAGNOSTICO HORMONAL (H.C.G.)

La dosificación de Gonadotropina Coriónica Humana en orina, es útil para hacer el diagnóstico de Mola Hidatidiforme y 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, pero hay que tener presente que una elevación similar, puede ocurrir en un embarazo gemelar o múltiple (100,000 U.I./24 horas), pero si las gonadotropinas persisten altas, es un signo importante del crecimiento anormal del trofoblasto (más de 500,000 U.I./24 horas) (10).

Se menciona que la hormona tiroidea, el calcio aumentado y la hipermagnesemia, acompañan a la Mola Hidatidiforme (10).

La eliminación de pregnadiol urinario (índice de concentración sanguínea de progesterona) se encuentra aumentada en toda mola activa y evolutiva (10).

Se menciona también que la H.C.G. secretada por la mola, desempeña una actividad F.S.H. mientras que la producida por el Coriocarcinoma tiene una actividad L.H. (10).

DIAGNOSTICO ULTRASONIDO

En 1958, Donald hace estudios sobre ecografía en obstetricia (1).

En 1970 el Dr. Carranza y varios médicos, inician la osciloscopia B en Guatemala (1).

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 atraviezan sin encontrar interfases, pudiendo encontrar sus paredes posteriores, la imagen ultrasónica muestra ecos característicos.

Entre la décima y duodécima semana de embarazo, puede dar lugar a confusión en diagnóstico molar por la desorganización fetal, porque según Layle el coeficiente de diagnóstico por ultrasonido es de 98.7% (8).

Por medio de el ultrasonido se efectúan los siguientes diagnósticos (13):

SEGUNDO TRIMESTRE

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

TERCER TRIMESTRE

- a) Presentación del polo cefálico
- b) Embarazo múltiple
- c) Muerte fetal
- d) Hidrocefalia y anencefalia
- e) Polihidramnios
- f) Localización de la placenta

DIAGNOSTICO RADIOLOGICO

La radiografía es usada como método diagnóstico a partir de las 22 semanas de gestación para poder demostrar con mayor seguridad el esqueleto óseo fetal, por lo que se toma una placa vacía de abdomen.

Se puede usar la radiografía contrastada por una sustancia radio-opaca (Hypaque): se inyecta de 20 a 30 milímetros de sustancia, obteniendo a los 5 minutos una imagen de Comida de Panal de Abejas o de Polilla (16).

OTROS METODOS DIAGNOSTICOSHallazgos microscópicos

- a) Eosinofilia y pecnocirosis elevada (30-40%)
- b) Se puede observar hematíes, leucocitos, linfocitos y placas endocervicales.
- c) Hay modificación progestacional, puede haber reacción lútea por quistes del ovario.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

1. Aborto (amenaza o espontáneo)
2. Inserción baja de placenta
3. Embarazo múltiple
4. Hidramnios agudo
5. Tumores ováricos (embarazo ectópico)

TRATAMIENTO

El primer paso después de diagnosticada la Mola Hidatidiforme, será la evacuación, pero en muchas ocasiones sucede espontáneamente, pero no completo por lo que posteriormente será necesario otro método adecuado para la evacuación total.

Algunos autores recomiendan el uso de oxitocina goteada previo legrado instrumental uterino (50 U /500 cc D/A), pero existen otros autores que no están de acuerdo con el método ya que refieren que con las contracciones uterinas, facilitan la diseminación de metástasis hacia los pulmones, también el legrado con cucharilla es tá contraindicado por la misma razón, por lo que únicamente está indicado la succión y drenaje (9).

Si la hemorragia es abundante y profusa, es necesario la transfusión sanguínea inmediata.

Si el útero se encuentra agrandado hasta el ombligo o más, o si la paciente presenta de 12 a 14 semanas, es recomendable el raspado por aspiración o la histerotomía.

Se recomienda, a toda mujer mayor de los 40 años o que tengan más de tres hijos no importando la edad, la histerectomía por la frecuencia en que aparece el coriocarcinoma (16).

Es necesario el seguimiento posterior de las pacientes con Mola Hidatidiforme, para lo cual comprende una radiografía de tórax inicial, también la cuantificación de H.C.G. en orina, una vez por semana durante los dos primeros meses, luego un control una vez al mes, durante un año, para luego finalizar un control de cada dos meses por seis meses.

Con los Rayos X de tórax se tomarán una cada semana hasta que las gonadotropinas coriónicas se negativicen, luego una cada mes por seis meses y por último una cada dos meses por seis meses (16).

Se menciona además que se debe dar anticonceptivos orales por lo menos durante un año, ya que así se evitará un embarazo, y éste no impedirá el seguimiento posterior de una paciente con Mola Hidatidiforme (13).

TRATAMIENTO QUIMIOTERAPICO

Se menciona que si se usan quimioterápicos como el Metrotrexate y Actinomiocina D se produce una disminución de las enfermedades del trofoblasto metastásica o no metastásica más que todo en la mujer joven (10).

La amenopterina (Metrotrexate), un antagonista del ácido fólico, se usó por primera vez en el tratamiento de las enfermedades trofoblásticas por Li y Colaboradores (7). Una dosis convencional de la droga es de 25 mg. cada día -- por vía oral durante cinco días (total 125 mgs). Debido a distintos grados y tipos de trastornos gastrointestinales y debido también a los pobres resultados achacables a una absorción irregular, preferimos la administración intramuscular, siendo la dosis la misma que la utilizada por la vía oral. El conteo de los hemáties, leucocitos y plaquetas, así como la evaluación renal y hepática, son necesarias antes, durante y después del tratamiento. La leucopenia siempre se presenta, siendo alrededor de -- 2000 por milímetro cúbico. Otras veces se presentan estomatitis, alopecia, náuseas, vómitos, diarrea y erupciones tóxicas de la piel. Aparecen también síntomas de irritación pleural y -- peritoneal o ambas, pero suelen desaparecer espontáneamente a las 24 horas. Debido a la leucopenia pueden presentarse infecciones intercurrentes.

Un enrojecimiento brusco de una cicatriz -- antigua es a menudo un indicador importante de

una toxicidad que se avecina.

Se han descrito muertes por toxicidad o infección. Debido a que la toxicidad puede - ocurrir súbitamente, todas las pacientes deben ser hospitalizadas durante el tratamiento y - observadas cuidadosamente dos veces al día -- (8).

Los tratamientos con amenoptyarina se repiten según la respuesta de la paciente. Si los valores de gona dotropinas coriónicas disminuyen, pero no llegan a cero, o si existe - otra evidencia clínica de actividad, se puede dar un segundo, tercero o cuarto tratamiento.

En ningún caso deberá repetirse un curso con amenoptyarina, hasta que todos los signos - clínicos de toxicidad han desaparecido completamente. Si no existe una respuesta terapéutica a la amenoptyarina, deberán utilizarse agentes quimioterápicos adicionales.

El programa recomendado por Brewer y colaboradores consiste en la administración de - Actinomiocina D a dosis de 10 mg/Kg/24 horas - durante cinco días, intravenoso. En aquellas pacientes más resistentes al tratamiento se -- puede dar 5 mg. de Amenoptyarina y 10 mg. de -- Clorambucil por vía oral, junto con una infección intravenosa con 10 mg./Kg/24 horas de Actinomiocina D (10).

PRONOSTICO

El pronóstico del proceso puede considerarse fatal para el embrión (casi el 100% de los - casos) y grave para la madre, siendo las causas, la hemorragia, la toxemia, la perforación y la posible evolución hacia el coriocarcinoma. La aparición de coriocarcinoma en la Mola Hidatidiforme probablemente no excede de 2 a 3% (16).

MATERIAL Y METODOSMATERIAL

Incidencia de pacientes con Mola Hidati -
difforme en 5 años de estudio.

METODO

Inductivo y Deductivo
Revisión bibliográfica
Elaboración del protocolo
Revisión de fichas clínicas
Tabulación de datos

RECURSOS HUMANOS

- A) Asesor
- B) Revisor
- C) Estudiante

RECURSOS NO HUMANOS

- a) Archivo clínico del Hospital Nacional de Totonicapán.
- b) Registros clínicos
- c) Papeletas o fichas del archivo
- d) Bibliografía

PRESENTACION DE RESULTADOS

En el trabajo de investigación sobre Mola -
Hidatidiforme en el Hospital Nacional de Totoni-
capán, fueron revisadas todas las papeletas exis
tentes en el archivo en un período de 5 años ---
(20,000 papeletas), encontrando los siguientes -
resultados.

CUADRO No. 1

	No.	%
PARTOS NORMALES	905	99.23
MOLA HIDATIDIFORME	7	0.76

CUADRO No. 1. MOLA HIDATIDIFORME, HOSPITAL
NACIONAL DE TOTONICAPAN 1975-1979.

Podemos observar que se encontraron 905 par-
tos normales, correspondiéndole el 99.23% y 7 ca-
sos de Mola Hidatidiforme con un porcentaje de --
0.76%, puede determinarse que la relación Mola Hi-
datidiforme-número de partos normales es de 1,129
en el presente estudio.

CUADRO No. 2

HOSPITAL ROOSEVELT	1,1168
HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS	1,953
HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO	1,402
HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTIA	1,152
HOSPITAL NACIONAL DE TOTONICAPAN	1,129

CUADRO No. 2. MOLA HIDATIDIFORME, HOSPITAL NACIONAL DE TOTONICAPAN 1975-1979.

Se puede observar que la relación Mola Hidatidiforme-número de partos normales es más alta en el Hospital Nacional de Totonicapán que en otros centros asistenciales.

CUADRO No. 3

	No.	%
15 - 25 años	3	42.8
25 - 40 años	1	14.2
MAYORES DE 40 AÑOS	3	42.8
T O T A L	7	100.0

CUADRO No. 3. MOLA HIDATIDIFORME, HOSPITAL NACIONAL DE TOTONICAPAN 1975-1979.

Los mayores porcentajes en lo que se refiere a edades, correspondió a los grupos comprendidos entre 15 - 25 años y mayores de 40 años, con un porcentaje de 42.8% para cada uno.

CUADRO No. 4

MOTIVO CONSULTA	No.	%
HEMORRAGIA VAGINAL	-	
HEMORRAGIA VAGINAL MAS DOLOR ABDOMINAL	5	71.4
HEMORRAGIA VAGINAL MAS EXPULSION VESICULAS	1	14.2
DOLOR ABDOMINAL	1	14.2
T O T A L	7	100.0

CUADRO No. 4. MOLA HIDATIDIFORME, HOSPITAL NACIONAL DE TOTONICAPAN 1975.-1979

La hemorragia vaginal con dolor abdominal, fué el signo más frecuente de motivo de consulta, con un porcentaje de 71.4.

CUADRO No. 5

DIAGNOSTICO DE INGRESO	No.	%
MOLA HIDATIDIFORME	4	57.3
QUISTE OVARIO DERECHO, FIBROMA DEL CUELLO UTERINO	1	14.2
PRE-ECLAMPSIA, D. N. V.	1	14.2
CANCER DEL CUELLO UTERINO	1	14.2
T O T A L	7	100.0

CUADRO No. 5. MOLA HIDATIDIFORME, HOSPITAL NACIONAL DE TOTONICAPAN 1975-1979.

Se podrá observar que la mayor parte de diagnósticos de ingreso coincidieron con el diagnóstico verdadero de Mola Hidatidiforme.

CUADRO No. 6

GESTACIONES	No.	%
MULTIPARAS	4	57.3
PRIMIGESTAS	1	14.2
NO REFERIDO EN HISTORIA	2	28.5
T O T A L	7	100.0

CUADRO No. 6. MOLA HIDATIDIFORME, HOSPITAL NACIONAL DE TOTONICAPAN 1975-1979.

Se puede determinar que la Mola Hidatidiforme se presenta más en mujeres multiparas -- que en primigestas.

CUADRO No. 7

GRUPO ETNICO	No.	%
LADINO	2	28.5
INDIGENA	5	71.4
T O T A L	7	100.0

CUADRO No. 7. MOLA HIDATIDIFORME, -- HOSPITAL NACIONAL DE TOTONICAPAN 1975-1979.

Podemos apreciar que el grupo étnico indígena, es el más afectado por Mola Hidatidiforme, ya que el mayor porcentaje de la población donde se hizo el estudio es indígena.

CUADRO No. 8

	No.	%
INFORMES PATOLOGICOS	1	14.2
NINGUNO		
T O T A L	7	100.0

CUADRO No. 8. MOLA HIDATIDIFORME, HOSPITAL NACIONAL DE TOTONICAPAN 1975-1979

De los 7 casos detectados de Mola Hidatidiforme, se encontró que únicamente una pa-
peleta tenía informe de Anatomía Patológica.

CUADRO No. 9

	No.	%
INFORME DE LABORATORIO GONADOTROPINAS CORIO- NICAS HUMANAS	1	14.2
GRAVINDEX	1	14.2
NINGUNO	5	71.5
T O T A L	7	100.0

CUADRO No. 9. MOLA HIDATIDIFORME, HOSPITAL NA-
CIONAL DE TOTONICAPAN 1975-1979.

Se puede observar que sólo a un caso se le
efectuó examen U.C.G., demostrando el resultado
399,000 IU/24 horas.

CUADRO No. 10

TRATAMIENTO	No.	%
HISTERECTOMIA ABDOMINAL		
TOTAL	1	14.2
CESAREA CORPOREA	1	14.2
L. I. U.	4	57.3
LAPARATOMIA EXPLORADORA		
LUEGO L. I. U.	1	14.2
T O T A L	7	100.0

CUADRO No. 10. MOLA HIDATIDIFORME, HOSPITAL NACIONAL DE TOTONICAPAN 1975-1979.

En contramos que el tratamiento más usado en pacientes con Mola Hidatidiforme es el de Legrado Instrumental Uterino.

CUADRO No. 11

COMPLICACIONES	No.	%
SHOCK HIPOVOLEMICO	1	14.2
NINGUNA	6	85.7
T O T A L	7	100.0

CUADRO No. 11. MOLA HIDATIDIFORME, HOSPITAL NACIONAL DE TOTONICAPAN 1975-1979.

Observamos que de los siete casos de Mola Hidatidiforme, sólo se presentó una complicación (Shock Hipovolémico post Cesárea Corpórea)

CUADRO No. 12

	No.	%
VIVOS	6	85.7
MUERTOS	1	14.2
T O T A L	7	100.0

CUADRO No. 12. MOLA HIDATIDIFORME, --
HOSPITAL NACIONAL DE TOTONICAPAN 1975-
1979.

El caso de defunción fué debido a Shock Hipovolémico post Césarea Corpórea, que como complicación se presentó en el cuadro anterior.

CONCLUSIONES

1. Se estudiaron 7 casos de Mola Hidatidiforme que se presentaron en el Hospital Nacional de Totonicapán.
2. Se encontró una incidencia de una Mola Hidatidiforme por 129 partos normales.
3. La hemorragia vaginal con dolor abdominal se presentó como signo más frecuente.
4. De los 7 casos de Mola Hidatidiforme, 4 fueron diagnosticados clínicamente al ingreso.
5. La Mola Hidatidiforme se presentó en un 42.8% en pacientes comprendidas entre 15 y 25 años y 40 años en adelante.
6. La Mola Hidatidiforme se presentó más frecuente en pacientes multiparas.
7. Solamente una paciente presentó complicación durante la resolución del caso.
8. La mortalidad materna fue de 14.2%.
9. El seguimiento de pacientes resultó imposible por la poca colaboración de éstas.
10. La vía vaginal fué la de elección en la solución de la mayoría de los casos.

1. La mayor incidencia, sucedió en pacien -
tes de procedencia indígena.
2. No se efectúan exámenes de Anatomía Patol -
ógica a pacientes sometidas a Legrado -
Instrumental Uterino.
3. El tratamiento efectuado en el Hospital
Nacional de Totonicapán a las pacientes
con Mola Hidatidiforme, no es el correc -
to.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda poner más énfasis en la
vestigación de las historias clínicas
ingreso, principalmente historia obst -
ca.
2. Deberá hacerse más conciencia en las
cientes con diagnósticos de Mola Hida -
forme, a fin de lograr su seguimiento
3. Enviar todo espécimen sospechoso de d -
ración del trofoblasto a Anatomía Pat -
ca para su estudio histológico.
4. A toda paciente con sospecha de Mola
tidiforme, solicitar U. C. G. dosific -
en orina de 24 horas.
5. Por medio de visitas domiciliarias, l -
ver a las pacientes de las complicac -
y sus riesgos que puedan presentar, a
tener un seguimiento del problema.

BIBLIOGRAFIA

1. Andrino López, Edgar Rolando. MOLA HIDATIDIFORME, EXPERIENCIA en el Hospital Nacional de Huehuetenango. Septiembre de 1978.
2. Giammattei Toriello, Roberto E. MOLA HIDATIDIFORME en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt, Abril de 1977.
3. González Cajas, Héctor A. MOLA HIDATIDIFORME, estudio retrospectivo en la sala de Maternidad en el Hospital Nacional de Escuintla, Noviembre de 1978.
4. Vettorazzi Vásquez, Carlos A. MOLA HIDATIDIFORME, estudio preliminar en el Hospital Roosevelt, Abril 1964.
5. Clínica de Obstetricia y Ginecología, Junio de 1967, NEOPLASIA TROFOBLASTICA.
6. Crossen Robert James. ENFERMEDADES DE LA MUJER, 1959.
7. Ginecología y Obstetricia tomos I, II - Salvat Editores, S. A. 1974.
8. Ginecología y Obstetricia de México, -- Abril 1974 Vol. 35 No. 210. ENFERMEDADES TROFOBLASTICAS.
9. Goldstein P. Donald. et al. Prevention of gestational trophoblastic disease by

- use of actinomycin D in mole, Pregnanc
obstetric 1974.
10. H. Brainerd. Diagnóstico y tratamiento Mola Hidatidiforme, 1975.
 11. Ishizuka Naotaka al Gonadotropin and roide hormone excretion in trophoplas neoplasia obstetric and ginecologic jnal of.
 12. J. Dexeux, Obstetricia y Ginecología,
 13. Marcus y Marcus. Progresos en Obstetr y Ginecología. Vol. I, 1970.
 14. Novak Edmund, Seegar Jones Georgeann nes Dr. Howard: Tratado de Ginecolog Novena Edición, México, Editorial Interamericana, 1977.
 15. Robbins Stanley. Patología Estructu Funcional, Editorial Interamericana,
 16. Schwarcz Ricardo, Sala Silvestre. Du Carlos. Obstetricia, Editorial Atene 1977.

Br.

GUILLERMO EDUARDO CALDERON MEZA.

Asesor.

HUMBERTO ALDANA HERNANDEZ.

Dr.

Revisor.

Dr: CESAR GUILLERMO VASQUEZ.

Director de Fase III
Dr. Héctor Alfredo Nuila E.

Dr.

Secretario

Dr: RAUL A. CASTILLO R.

Dr.

Decano.

Dr: ROLANDO CASTILLO MONTEALVO.