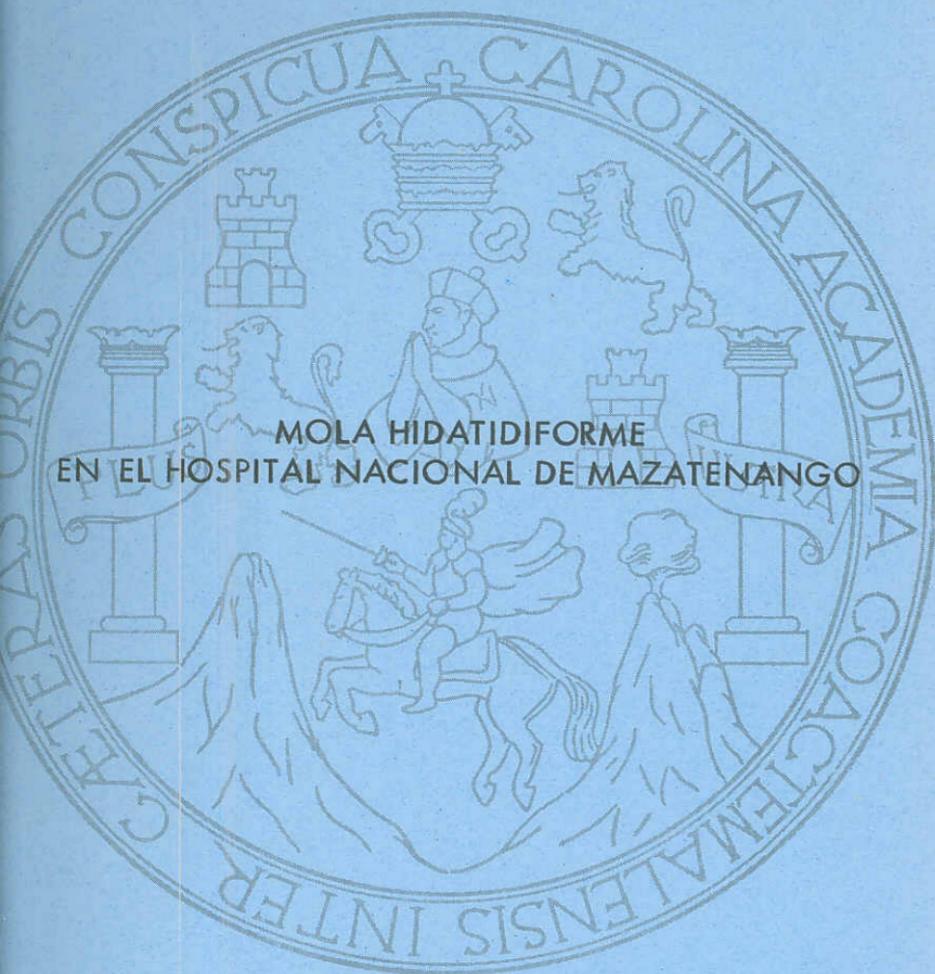


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



MOLA HIDATIDIFORME
EN EL HOSPITAL NACIONAL DE MAZATENANGO

GUSTAVO ADOLFO GARCIA CASTILLO

PLAN DE TESIS

- 1- Introducción.
- 2- Historia.
- 3- Definición.
- 4- Etiología.
- 5- Factores Asociados.
- 6- Clasificación.
- 7- Incidencia.
- 8- Síntomas y Signos.
- 9- Métodos diagnósticos.
- 10- Diagnóstico diferencial.
- 11- Tratamiento.
- 12- Pronóstico y complicaciones.
- 13- Discusión:
 - a) Material y métodos.
 - b) Antecedentes.
 - c) Presentación de casos, y
 - d) Conclusiones y recomendaciones
- 14- Bibliografía.

INTRODUCCION

Siendo la Mola Hidatidiforme una enfermedad asociada a factores idiosincrásicos prevaletes en los países en vías de desarrollo y conociendo la variabilidad de los resultados de estudios anteriores en otros hospitales Nacionales, decidí investigar la incidencia de esta enfermedad en el Hospital Nacional de Mazatenango.

Además, el manejo de la Mola necesita una serie de pasos correlativos y controles continuos por un mínimo de un año, lo que necesita una buena colaboración de la paciente. Por esta razón me interesé en conocer los resultados obtenidos en el control posterior de la paciente, ya que toda Mola lleva un 2-8% de degenerar en Coriocarcinoma.-

MOLA HIDATIDIFORMEHISTORIA:

La Mola Hidatidiforme es conocida desde
ce mucho tiempo, creyéndose que los griegos y
tenían referencia de la misma y posiblemente
gunos de los casos referidos en la historia de
partos múltiples con expulsión de centenares de
huevos fueron en realidad Molas.

Rusch y Algimus admitieron que las vesículas
las se debían a una degeneración del huevo.

Marchand considera a la Mola como una enfermedad benigna del Corion. Posteriormente W. P. Chyrembel, opina que la Mola no es más que una enfermedad de las vellosidades coriales producida por degeneración de las mismas.

Arthur la incluye entre las enfermedades del trofoblasto y la define como una gestación

con vellosidades hidrópticas y proliferación del trofloblasto, opinión que la mayoría de autores - comparten actualmente (8).-

DEFINICION:

La Mola Hidatidiforme es una afección en la cual las vellosidades coriales sufren enorme destrucción por líquido, apareciendo como vesículas batroides cuyo tamaño oscila entre algunos milímetros a un centímetro de diámetro. A menudo toda la cavidad uterina está llena de tejido molar vesicular, pero en otras ocasiones solo está a-fectada una pequeña porción de la placenta.

Las pequeñas vesículas cuelgan de delgados pedículos en forma parecida a un racimo de uvas.

La estructura microscópica se caracteriza - por: 1-degeneración hidrópica y tumefacción del tejido estromal de las vellosidades, 2-ausencia

o escasez de vasos sanguíneos; y 3-proliferación más o menos intensa del epitelio coriónico. Aunque en general las dos capas del trofoblasto presentan proliferación, el proceso puede estar limitado sobre todo al sincitio.

Histológicamente las vellosidades coriales están llenas de un material mucoso, teniendo en sus grandes en su centro una cavidad quística conteniendo un líquido claro con mucina, agua, sales y albumina; con 123 m Equi/lit. de Na.; 1 g. por % ml. de proteínas y concentraciones altas de sodio y fósforo. (4,5,8).-

ETIOLOGIA:

No se conoce el origen exacto de la Mola hidatidiforme.

Hertig y Edmonds creyeron que muchas Molas tenían origen en vascularización deficiente y

que si se hubiera examinado en fase suficientemente precoz se habría podido encontrar siempre al menos un saco fetal. (2).

Actualmente se piensa que existe normalmente un sistema inmunológico de antígeno-anticuerpo que frena e impide la proliferación excesiva del trofoblasto a nivel uterino y también a nivel sanguíneo cuando ha habido invasión. Nelson y Col. En sus estudios encontraron que en las pacientes con coriocarcinoma los injertos de piel del marido no son rechazados, atribuyéndose, aunque difícil de comprobar, a una falla inmunológica.

Koren y Col utilizando una técnica de Fluorescencia en algunos animales indican que las células troflobásticas son potencialmente antigénicas, pero no se sabe con exactitud por que motivo estas propiedades no se manifiestan. (4).

FACTORES ASOCIADOS:

La Mola Hidatidiforme es más frecuente en -
pacientes multiparas y de edad joven o, más fre-
cuentemente, avanzada. (8).

La edad ejerce su mayor influencia en las -
mujeres de más de 45 años, en las cuales la fre-
cuencia relativa de la lesión es más de 10 veces
mayor entre los 20 y los 40 años. (8).

Hay una elevada frecuencia de enfermedad --
trofoblástica en personas con mala nutrición. -
Una inadecuada, y en particular, una deficiencia
proteínica se sugiere como la causa de Mola. (8).

CLASIFICACION

La Unión Internacional contra el Cancer ha
propuesto la siguiente clasificación para la en-
fermedad Trofoblástica:

Gestacional

No Gestacional

1- Mola Hidatidiforme:

a- No invasora.

b- Invasora.

2- Coriocarcinoma

3- Incierto

1- No metastásico

2- Metastásico:

a- Pélvico

b- Extra Pélvico

La Mola en base a su degeneración puede ser:

a- Mola Total: Sí está tomado todo el complejo -
ovular.

b- Mola Parcial: Sí está tomada parte de la Place
ta.

c- Mola Hueca: Sí presenta alguna cavidad.

d- Mola Llena: Sí no presenta cavidad.

Enfermedad Tro
foblástica.

Diagnóstico
Morfológico

Diagnóstico
Clínico

e- Nola Embrionada: En ocasiones excepcionales, al presentar zonas placentarias normales, puede atrofiarse o conservar su vitalidad. (1,48).-

INCIDENCIA

La incidencia de Mola varía significativamente según los distintos países y los distintos autores (ver cuadro abajo).

Es rara la repetición de una Mola pero se observa según Gitler y Col. aproximadamente en un 4.3% de los casos. Después de ella la fecundidad y los partos suelen ser normales. (1,2).

Según Mac Mahan la probabilidad de repetición de una Mola es 40 veces mayor que la incidencia en la población general. Chesley ha encontrado que estadísticamente la Mola sucesiva es mayor que la intercalada con embarazos normales. (5,6)

Una Mola coexiste con un feto aproximadamente en 1 embarazo por cada 12,000. (7).

FRECUENCIA DE LA MOLA

1-	Giamttei, Guatemala+	1 X 1,168 Embarazos	
2-	Marquez, México	1 X 200	"
3-	Cabrera, Chile	1 X 879	"
4-	Fernández, Brasil	1 X 1,071	"
5-	Acosta, Filipinas	1 X 173	"
6-	Chun, Hong Kong	1 X 242	"
7-	De Snoo, Holanda	1 X 1,071	"
8-	Jeffocate, Inglaterra	1 X 2,000	"
9-	Novak, USA	1 X 2,500	"
0-	Willims, USA	1 X 2,000	"

+ Ver en antecedentes más estudios.

SINTOMAS Y SIGNOS

Un embarazo Molar en su inicio evoluciona como un embarazo normal la mayoría de las veces. Si no se produce un aborto precoz, el Utero muchas veces va aumentando de tamaño con más rapidez de lo corriente y en casi la mitad de los casos el tamaño del Utero es mayor que el que cabría esperar en un embarazo de igual duración.

La hemorragia uterina, que es el signo más importante, varía desde unas pequeñas señales hasta una hemorragia profusa. La hemorragia puede ser continua o intermitente, líquida, roja. Su aparición la hace entre el tercero o cuarto mes.

La expulsión espontánea de la Mola sobreviene con especial frecuencia hacia los 4 meses y es raro que sobrepase los 7 meses.

En el 72% de casos de Mola el promedio de

duración del embarazo fué de 18 semanas.

La Hiperemesis Gravidica es más frecuente, - intensa y persistente en la Mola que en embarazos normales. La gestosis va también asociada a la - Mola, en cuyo caso se inicia más precozmente.

En muchos casos de Mola los Ovarios tienen - numerosos quistes luteínicos cuyo tamaño puede va riar desde microscópico hasta de 10 Cms o más de diámetro. Su incidencia es del 25 al 60%. (5,7).

Después de la 16 semana de embarazo se pue-- den encontrar los siguientes signos de Mola: 1- falta de movimientos fetales, no palpar partes fe tales y nó auscultación de foco fetal; 2- se pue- de encontrar formación de segmento precoz y cue-- llo cervical dilatado; y 3- falta de esqueleto fe tal a los rayos X. (6,8).

METODOS DIAGNOSTICOS:

a- CLINICO:

La aparición de hemorragia vaginal y el tamaño desproporcionadamente grande del utero hace sospechar una Mola Hidatidiforme.

Sin embargo, puede también sospecharse Mola en embarazos asociados a hiperemesis grávidaca, Gestosis (Preclampsia y Eclampsia), enfermedad renal y aparición de quistes de la teca luteínica en los Ovarios.

Si la gestación está avanzada (16-18 semanas) pueden ser útiles la ausencia a palpación de partes y movimientos fetales, ausencia de foco fetal y falta de esqueleto fetal a los rayos X.

Se puede hacer el diagnóstico de certeza - si el examen ginecológico se expulsan del cuello uterino las clásicas vesículas ó se encuentran las mismas en un aborto. (1,3,5,7).

b- ULTRASONIDO

La seguridad y precisión de la ecografía ha cen que este método sea de elección, siempre que pueda disponerse de él. El método consiste en - enviar las ondas ultrasonicas sobre el Utero, se reflejan y son captadas por una pantalla que reproduce una imagen característica puntiforme que indica ausencia del feto.

Este método según los autores no causa ninguna molestia a la paciente, es inicuo ya que -- las ondas son de muy baja frecuencia y no se uti liza energía ionizante, por lo que la madre y el feto no reciben irradiación. (1,3,4).

c- RADIOGRAFIA CONTRASTADA

La inyección intrauterina por via transabdo minal de una substancia opaca como Hypaque permi te obtener una radiografía completamente caracte rística, observándose una sombra con múltiples -

espacios claros como en "Panal de Abejas".

La técnica consiste en la preparación quirúrgica de la porción inferior del Utero, luego se introduce una aguja de raquianestesia No. 18 por vía transabdominal del ombligo. Después de aspirar líquido, se inyectan 20-30 ml. de medio contraste. Se extrae la aguja y 5 minutos después se toman rayos X Ap. y Lat. de Abdomen. (4, 8).

d- PUNCION BIOPSIA

La punción del Utero por debajo del ombligo y la aspiración fuerte subsecuente de material. El material obtenido se observa inmediatamente sin preparación alguna con microscopio, pudiéndose observar en caso afirmativo las vellosidades coriales con degeneración hidrópica. (5,8).

e- RAYOS X:

Una placa simple de abdomen después de la 18

semanas de embarazo comprobará el diagnóstico de mola si no se visualizan las partes fetales.

Si fuera Mola embrionada puede tener interpretaciones dudosas. (5).

f- HORMONAL:

Hormona Gonadotropina Coriónica: HCG.

Durante los primeros meses del embarazo normal hay un aumento considerable de HCG, la cual es demostrable en el suero, orina y LCR.

Normalmente durante los días quincuagésimo y octagésimo de un embarazo hay un brusco máximo de producción de HCG, de manera que la orina y el suero (más constante) pueden tener cantidades de HCG. Tan elevadas como muchos casos de Mola. Los embarazos gemelares o supernumerarios pueden ser causa de un título extraordinariamente alto.

trual en la gestación normal existe un rápido --
descenso de HCG, manteniéndose así hasta la finalización
del embarazo.

Es necesario tomar varios controles de HCG
y correlacionarlos.

La mayoría de autores están de acuerdo que
estimaciones de HCG arriba de 60,000 UI en sue-
ro y 200,000 UI en orina pueden ya considerarse
como Mola.

El índice de actividad biológica (HCG) mu-
chas veces tiene mayor importancia que el cua-
dro anatomopatológico, pues este último no indi-
ca invariablemente la morfología de todo el tro-
foblasto funcional.

De todas maneras la conducta biológica no
siempre es paralela a la imagen histológica (1,
2,3,6).

Para la medición de HCG se utilizan métodos inmunológicos que tienen una exactitud del 95-97 %, además revelan embarazos después de 35-45 --- días de la última menstruación. (6,8).-

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

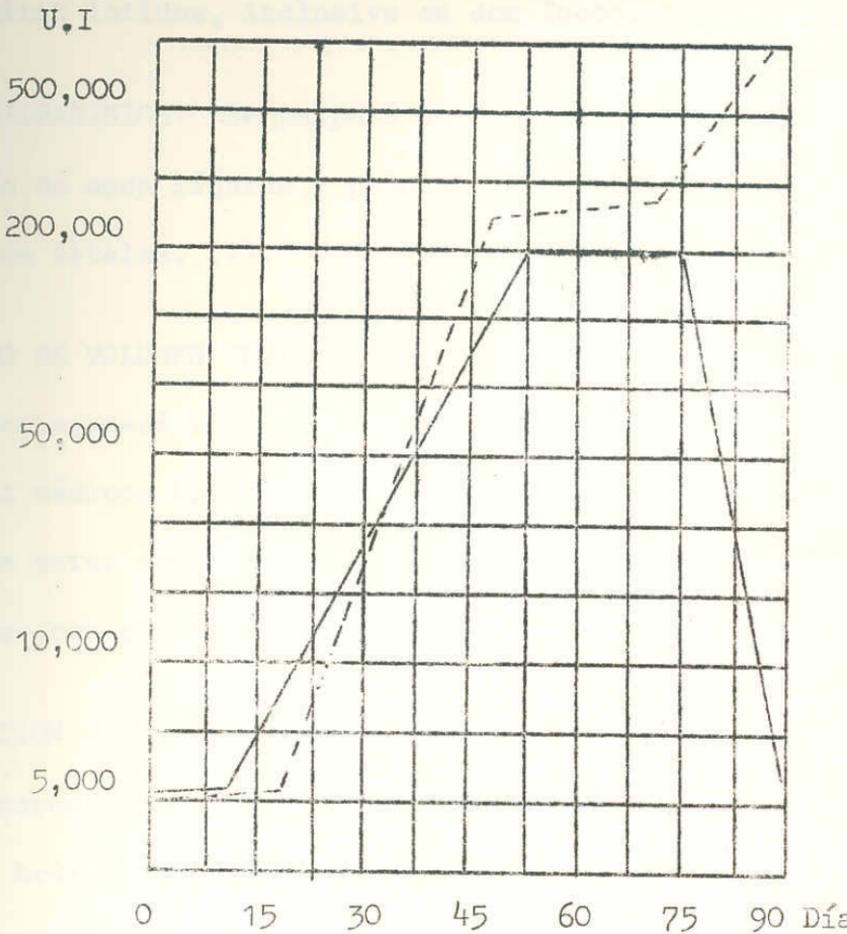
a- AMENAZA DE ABORTO: La hemorragia se instala de un período de amenorrea y de normalidad - evolutiva del embarazo. Presenta dolores -- ocasionados por las contracciones uterinas. (5,6).

b- EMBARAZO ECTOPICO: Se tacta un solo tumor - doloroso al lado del Utero, correspondiente a la localización ectópica de la gestación.

El tamaño del Utero es menor que el de la gestación. La hemorragia es escasa, ne--gruzca y existen dolores. (4,5).

c- EMBARAZO MULTIPLE: El Utero está proporcio--nalmente más aumentado que el tiempo de ame--

CURVA DE GONADOTROPINA CORIONICA



Línea continúa: embarazo normal

Línea de guiones: embarazo molar

color negro, escasa, el Utero está contracturado. (5,8).

h- EMBARAZO MAS FIBROMA: Puede presentarse metrorragia, el Utero puede estar aumentado de tamaño, pero generalmente corresponde con la amenorrea, sus paredes son blandas y existe irregularidad en su contornoc. (8).

i- ABORTO FRUSTRADO: El diagnóstico diferen---cial con la Mola Muerta puede ser difícil. - En ambas entidades el Utero es de tamaño disminuído que el correspondiente a la ameno---rrea y la hormona gonadotropica están bajos. (5).

TRATAMIENTO:

Una vez diagnosticada una Mola Hidatidiforme, el tratamiento cuidadoso y adecuado es la --evacuación del Utero por estimulación de Pitocin

o por cirugía, seguida de legrado cuidadoso para no dejar ningún resto.

La histerectomía parece justificable cuando la paciente ha tenido todos los hijos deseados y es de edad madura, ya que las mujeres de edad -- avanzada tienen más tendencia a degeneración maligna. (2,4,6).

El vaciamiento vaginal debe efectuarse de preferencia por aspiración o con legra cortante. En este último hay que tener cuidado de no perforar el Utero, pues en muchos casos se encuentra blando y delgado.

Tanto si la Mola es expulsada espontaneamente o por histero-tomía, interesa efectuar el raspado uterino. En la histero-tomía el raspado -- realiza al mismo tiempo. Una pequeña muestra -- del legrado se apartará para efectuar el estudio

histopatológico. (2,4,5)

Es aconsejable que la mujer evite embarazos posteriores por lo menos durante un año. En estos casos se recomienda la pildora como contraceptivo, ya que un nuevo embarazo dificulta el diagnóstico de Mola recidivante.

MÉTODOS DE CONTROL:

Aunque la HCG del suero se vuelva negativa transcurrida una semana después de una gestación normal, esto no suele suceder así cuando se trata de una Mola. Delfs observó que los niveles de HCG del suero se negatizaban en la mitad de los pacientes alrededor de la 3ra semana y 3/4 partes al terminar los 40 días.

Si persiste la HCG después de 30 días hay que practicar dilatación y raspado, sobre todo cuando los títulos van en aumento. Si en un -

siones, igual al del tratamiento quirúrgico.
(4,8).

A de usarse un método de control hormonal - de HCG a todas las pacientes después de haber ex pulsado la Mola. Se hará control de HCG 2 veces por semana durante los 2 meses siguientes. Más adelante hay que practicar la prueba una vez al mes durante todo un año.

Es necesario tomar una radiografía de torax de referencia después de haber expulsado la Mola.
(3,7).

PRONOSTICO Y COMPLICACIONES:

El pronóstico del proceso puede considerarse fatal para el embrión (casi en el 100%) y gra ve para la madre. La mortalidad materna imedia ta era antes hasta un 10%, cifra que en la actua lidad hay que reducirla practicamente a cero. --

Las causas anteriores del pronóstico (10% mortalidad) radican en las reiteradas hemorragias, toxemia, la perforación y la posible evolución hacia el Coriocarcinoma.

La incidencia de transformación de una Mola en un Coriocarcinoma franco varía según los autores entre un 2 y un 8%, pero la cifra sube rápidamente en las mujeres de más edad. A veces pasan años entre la presentación de una Mola y el desarrollo de un Coriocarcinoma; por ejemplo: -- Natsume y Takada han publicado un caso de Coriocarcinoma desarrollado 9 años después.

Según Shun la posibilidad de malignidad aumenta en un 7.9% después de cada Mola. (2,5,7).--

DISCUSIONa- MATERIAL Y METODOS:

Se revisaron todos los embarazos (partos, cesareas y abortos) y casos de Mola Hidatidiforme en los libros de Maternidad y Sala de Operaciones, así como Registros Médicos (en los casos de Mola); del Hospital Nacional de Mazatenango.

Se investigaron 4 años, a partir de Enero de 1,975 a Diciembre de 1,978, obteniendo un total de 8,425 embarazos y 6 casos de Mola.

La incidencia encontrada fué de 1 Mola/1404 embarazos.

ANTECEDENTES

Estudios hechos por:

- 1- Dr. Julio Molina Muñoz en el I.G.S.S. en -
1958:

Período de 4 años 8 meses (1o. de Mayo de
1,953 al 31 de Diciembre de 1,957); con --
21474 embarazos y 32 casos de Mola - 1 Mo-
la/670 embarazos.

- 2- Dr Carlos Alberto Vettorazziv. en el Hospi-
tal Roosevelt en 1964:

Período de 8 años 15 días (15 de Diciembre
de 1,955 al 31 de Diciembre de 1,963); con
24187 partos y 36 casos de Mola - 1 Mola/
2060 partos.

- 3- Dr. Eduardo Antonio López Palencia en el -
Hospital General San Juan de Dios en 1,970:

Período de 3 años (1o. de Enero de 1,966

al 31 de Diciembre de 1,969); con 15469 em-
barazos y 52 casos de Mola - 1 Mola/291 em-
barazos.

4- Dr. Roberto Giamttei en el Hospital Roose-
velt en 1,977:

Período de 12 años (1o. de Enero de 1,964
al 31 de Diciembre de 1,976); con 16843 --
partos y 144 casos de Mola - 1 Mola/1168 -
partos.

5- Dr. Héctor Antonio González Cajas en el --
Hospital Nacional de Escuintla en 1,978:

Período de 1 año 7 meses (1o. de Enero de
1,977 al 31 de Agosto de 1,978); con 2439
embarazos y 16 casos de Mola - 1 Mola/152
embarazos.

6- Dr. Edgar Rolando Andrino López en el Hos-
pital Nacional de Huenuetenango en 1,978:

Período de 5 años (30 de Junio de 1,973 al
30 de Junio de 1,978), con 6022 embarazos
y 15 casos de Mola - 1 Mola/402 embarazos.

c- PRESENTACION DE CASOS

ESTADISTICA OBSTETRICA:

Cuadro # 1

Año	Partos		Cesareas	Sub-total
	Es.	Ds.		
1975	1105	115	145	1365
1976	1567	172	104	1743
1977	1641	187	187	2015
1978	1568	209	143	1920
Total	5781	683	579	7043

Cuadro # 2

Año	Abortos
1975	280
1976	341
1977	382
1978	379
Total	1382

Cuadro # 3

Total en los 4 años		Promedio por año
ES	5781	1445
DS	683	170
Cesareas	579	145
Abortos	1382	345.5
Total	8425	---

Cuadro # 4

	1975	1976	1977	1978	Total	Prom. per año
la	1	2	2	1	6	2

Cuadro # 5

Molas / Embarazes	
1	1404

PROCEDENCIA:

Area Rural: 4 Area Urbana: 2

Raza:

Indígena: 3 Ladina: 3

EDAD Y ANTECEDENTES OBSTETRICOS:

Cuadro # 6

Casos	Edad en años	Gestas	Para.	Abortos
# 1	23	4	3	0
# 2	24	7	6	0
# 3	26	1	0	0
# 4	27	5	3	1
# 5	30	7	6	0
# 6	37	8	7	0
Prom.	28	5	4	0.17

MOTIVO DE CONSULTA:

- Caso # 1: Hemorragia vaginal de 2 horas de evolución.
- Caso # 2: Hemorragia vaginal de 2 días de evolución.
- Caso # 3: Hemorragia vaginal de 8 días de evolución con coagulos.
- Caso # 4: Hemorragia vaginal de 20 días de evolución con coagulos.
- Caso # 5: Hemorragia vaginal y dolor de cintura de 6 horas de evolución.
- Caso # 6: Hemorragia vaginal de 3 semanas de evolución

IMPRESION CLINICA DE INGRESO:

- Caso # 1: Embarazo Molar.
- Caso # 2: Amenaza de Aborto.
- Caso # 3: Aborto inminente.
- Caso # 4: Embarazo Molar más anemia severa.
- Caso # 5: Amenaza de Aborto.
- Caso # 6: Amenaza de Aborto.

SIGNOS ENCONTRADOS AL EF DE INGRESO

Caso # 1: Abdomen: Utero gravídico, no se ascul
ta foco fetal ni se palpan partes fe-
tales.

EG. Utero aumentado de tamaño, orifi-
cios abiertos.

Caso # 2: Abdomen: Negativo.

EG.: Utero aumentado de tamaño, orifi-
cios cerrados.

Caso # 3: Abdomen: Negativo.

EG.: Utero aumentado de tamaño, orifi-
cios abiertos.

Caso # 4: Abdomen: Utero gravídico, no se pal-
pan partes fetales ni se asculta foco
fetal.

EG.: Utero aumentado de tamaño, orifi-
cios cerrados.

Caso # 5: Abdomen: Negativo.

EG.: Utero aumentado de tamaño, orifi-
cios cerrados.

Caso # 6: Abdomen: Negativo.

EG.: Utero aumentado de tamaño, orificios abiertos.

Cuadro # 7

Edad Gestacional		
CASOS	A.U.	U.R.
1	31 Semanas	18 Semanas
2	-----	20 Semanas
3	-----	20 Semanas
4	36 Semanas	-----
5	-----	-----
6	20 Semanas	18 Semanas

Cuadro # 8

SIGNOS Y SINTOMAS						
Número de Casos	Hemorragia vaginal.	Utero aumentado de tamaño.	Orificios		No. FF.	No Pol Fetale
			Cerrados	Abiertos		
6		6	3	3	2*	2*

* Unicamente a dos pacientes se les auscultó foco fetal (FF) y palpó los fetales, los cuales fueron negativos.

MEDIOS DIAGNOSTICOS EMPLEADOS:

El diagnóstico de Mola Hidatidiforme es eminentemente clínico, por lo que todo médico debe sospechar la enfermedad de acuerdo a los signos y síntomas que encuentre en la historia clínica de la paciente, y comprobarlo a través de los -- distintos medios auxiliares, tomando en cuenta -- cada caso.

En este Hospital se cuenta con los Rayos X y Gravindex (solo indica que existe HCG).

El diagnóstico en los 6 casos se efectuó -- así:

Caso # 1: Se efectuó diagnóstico clínico desde su ingreso, confirmándose posteriormente por Legrado Uterino Instrumental (LUI).

- Caso # 2: 9 días después de su ingreso y de tra
tamiento como amenaza de aborto expul
so espontáneamente la Mola; por lo --
que el diagnóstico fué accidental.
- Caso # 3: 4 días después de su ingreso y de tra
tamiento como Aborto inminente expul
só vesículas. Diagnóstico fué acci--
dental.
- Caso # 4: Se efectuó diagnóstico clínico desde
su ingreso, confirmándose posterior--
mente por medio de LUI.
- Caso # 5: 4 días después de su ingreso y de tra
tamiento como amenaza de Aborto se hi
zo por LUI. Diagnóstico fué acciden-
tal.
- Caso # 6: 3 días después de su ingreso y de tra
tamiento como amenaza de Aborto expul
só espontáneamente la Mola. Diagnós-
tico fué accidental.

TRATAMIENTO EMPLEADO:

Caso # 1: a- Se induce a paciente con Ocitósicos (Sintocynon).

b- Se efectúa LUI.

c- Se manda muestra a Anatomía Patológica (Hospital General San Juan de Dios)

d- Reconsulta en 30 días. (no asiste)

e- Informe de Patología: Mola Hidatídiforme.

Caso # 2: a- LUI.

b- Reconsulta en 30 días (no asiste)

c- No se manda muestra a Anatomía Patológica.

Caso # 3: a- LUI.

b- Reconsulta en 30 días (no asiste).

c- No se manda muestra a Anatomía Patológica.

- so # 4:
- a- Se induce a pacientes con Ocitósicos (Sintocynon).
 - b- Se efectúa LUI.
 - c- Se manda muestra a Anatomía Patológica.
 - d- Reconsulta en 30 días.
 - e- Informe: Decidua Necrótica (por necrosis de fragmentos no se confirmó diagnóstico de Coriocarcinoma).
- so # 5:
- a- LUI.
 - b- Reconsulta en 30 días (no asiste).
 - c- Se manda muestra de Anatomía Patológica.
 - d- Informe de Patología: Mola Hidatidiforme.
- so # 6:
- a- LUI.
 - b- Reconsulta en 30 días (no asiste).
 - c- No se manda muestra a Anatomía Patológica.

COMPLICACIONES:

Caso # 2, 3, 5, 6,: No hubo ninguna.

Caso # 1: Paciente presentó Infección Pelvica más Anemia Severa.

Caso # 4: a- Inmediato: Paciente presentó Anemia é Insuficiencia Cardiaca severa, y, edema de Ms. Is. G=2.

Mediato: Paciente reingresó por-- que 20 días después inició con hemorragia vaginal moderada y por - informe de Patología de Decidua - Necrótica (no se confirmó Corio-- carcinoma por necrosis de tejidos).

Se le efectuó Histerectomía Abdominal más Salpingoofarectomía.-

PRONOSTICO:

El pronóstico de las pacientes es incierto, pues ninguna asistió a controles posteriores.

3- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONESCONCLUSIONES:

- 1- La incidencia de Mola Hidatidiforme en el Hospital Nacional de Mazatenango durante los 4 años revisados es de 1 Mola/1404 embarazos.
- 2- Las pacientes que padecen de Mola son de situación socioeconómica baja y procedentes del Area Rural.
- 3- La edad promedio de las pacientes fué de 28 años, siendo la menor de 24 y la mayor de 37 años respectivamente.
- 4- La edad gestacional por última regla fué de 24 semanas, siendo la menor de 18 y la mayor de 36 semanas respectivamente.
- 5- El síntoma presente en todos los casos fué la hemorragia vaginal.

- 6- El diagnóstico se efectuó accidentalmente en el 62.67%, al expulsar espontáneamente la Mola; y hubo certeza en el 37.33%.
- 7- El método de diagnóstico empleado fué clínico únicamente, confundiéndosele con amenaza e inminencia de Aborto respectivamente.
- 8- El tratamiento empleado fué inducción más Legrado Uterino Instrumental. Las pacientes no asistieron a control posterior.
- 9- Las complicaciones fueron: anemia, insuficiencia cardiaca congestiva, infección pélvica y probablemente un caso de coriocarcinoma (histológicamente no pudo comprobarse por la necrosis de los tejidos).
- 10- No se hizo estudio anatomopatológico en la mitad de los casos.
- 11- No fué evaluado el foco fetal, las partes fetales, la altura uterina ni los rayos X de abdomen: pese a que la edad gestacional menor fué de 18 semanas por última regla.

RECOMENDACIONES:

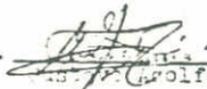
- 1- Puesto que el diagnóstico en este centro - asistencial es eminentemente clínico, reco- miendo a todos los médicos poner mayor énfasis en la elaboración de la historia y - evolución clínicas de las pacientes.
- 2- Medir la altura uterina, auscultar el foco fetal y palpar los polos fetales en toda - paciente con edad gestacional de 16 sema-- nas o más por última regla.
- 3- Complementar o confirmar el diagnóstico -- clínico con rayos X de Abdomen en las pa-- cientes con 18 semanas o más de edad gesta- cional por última regla.
- 4- Utilizar la radiografía Contrastada como -- medio auxiliar de diagnóstico en casos du- dosos.
- 5- Hacer siempre estudio anatomopatológico de la Mola.
- 6- Dar plan educacional a las pacientes con -

diagnóstico de Mola é insistir en la importancia del control posterior.

- 7- Citar a las pacientes con Mola a través del Servicio Social para su control.
- 8- Incrementar la cobertura de los programas de control prenatal para diagnóstico precoz de la Mola y prevenir las complicaciones secundarias.
- 9- Hacer siempre diagnóstico diferencial entre amenaza de aborto (inminencia) y Mola.
- 10- Hacer el Legrado Uterino Instrumental lo más completo posible y con sumo cuidado -- de no perforarlo, para no dejar restos -- que puedan degenerar en un cariocarcinoma; y enviar muestra rutinaria a Anatomía Patológica.-

B I B L I O G R A F I A

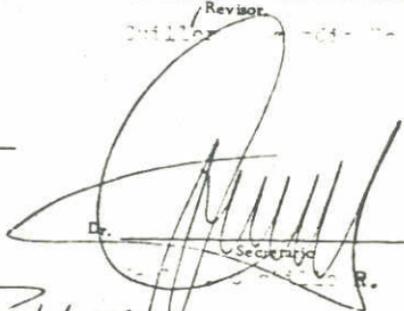
- 1- Dr. Andrino Edgar Rolando. Mola Hidatidiforme, experiencias en el Hospital Nacional de Huehuetenango, 1,978.
- 2- Dr. González Cajas Héctor Antonio. Mola Hidatidiforme, experiencia Hospital Nacional de Escuintla.
- 3- American Journal of Obstetrics and Gynecology. 15 de Noviembre de 1,978.
- 4- Dr. Edmund R. Novak. Tratado de Ginecología, quinta edición 1,977 Editorial Interamericana, México.
- 5- Obstetrica por Williams. Primera Edición, - 1973. Editorial Salvat. México.
- 6- Revista "Ginecología y Obstetrica de México Julio de 1,972.

Br. 
Dr. Rolfó García Castillo.

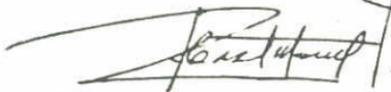
Dr. 
Asesor.
Dr. David Los Ríos.

Dr. 
Revisor.
Dr. Guillermo.

Dr. 
Director de Fase III
Dr. Alfredo Matla R.

Dr. 
Secretario
Dr. Secretario R.

Vo. Bo.


Dr.
Decano.
Rolando Castillo Montalvo.