

**"MOLA HIDATIDIFORME"**

**Incidencia y frecuencia en el Hospital Nacional  
Regional Juan José Ortega de Coatepeque, en  
el período comprendido del 1o. de Enero de  
1975 al 31 de Diciembre de 1979.-**

**WALTER HOMERO URRUTIA SANDOVAL**

## INTRODUCCION

En el presente trabajo se trata de investigar la incidencia, frecuencia, diagnóstico y tratamiento de la Mola Hidatidiforme en el Hospital Nacional Regional Juan José Ortega de Coatepeque; del período comprendido del 1.º de enero de 1975 al 31 de diciembre de 1979.

Siendo la Mola Hidatidiforme una entidad nosológica poco frecuente según la literatura, es de interés tener un estudio de su incidencia a nivel de la población rural que acude a consulta al Hospital de Coatepeque.

Es de nuestro conocimiento la realización de estudios similares en otras áreas de la república, más sin embargo en nuestra área de trabajo no se cuenta con estudios previos, razón por la cual nos ha motivado a la realización del presente estudio.

Estadísticas propias de la región nos orientarán más en el conocimiento del diverso tipo de patología existente, lo cual nos hará tener un enfoque más adecuado sobre ella, así como los métodos, diagnóstico y tratamientos adecuados que nos permitan mejorar la morbilidad existentes en este tipo de patología.

## OBJETIVOS

Establecer la frecuencia e incidencia de la mola hidatidiforme durante los años - comprendidos del 1o. de enero de 1975 al 31 de diciembre de 1979.

Determinar los métodos de diagnóstico -- utilizados en cada uno de los casos.

Analizar la magnitud del problema en un sector de nuestro país.

Establecer el tratamiento empleado en la resolución de cada caso.

Determinar el tipo de control de las pacientes con esta afección

Aportar este estudio para conocimiento - de esta patología a los médicos que laboraran en esta área.

Motivar estudios de este y otro tipo de patología para contar con estudios propios de nuestra área.

## GENERALIDADES

DEFINICIONES: La mola hidatidiforme es una -- anomalía del desarrollo de la placenta que a -- menudo se considera neoplasia benigna.

Es la lesión que precede con más frecuen-- cia al coriocarcinoma, llamado también corice-- pitelioma, verdadero tumor maligno del trofo-- blasto que se caracteriza por metástasis rápi-- das y diseminadas (3).

ANATOMIA PATOLOGICA: Los cambios microscópi-- cos de la mola hidatidiforme son ya bien cono-- cidos: degeneración hidrópica y edema del es-- troma vellosa, proliferación del epitelio co-- riónico en forma variable, ausencia o escasez-- de vasos sanguíneos en las vellosidades coria-- les (9).

Vosisilakos y otros han sugerido que las -- molas hidatidiformes pueden dividirse en dos -- categorías:

- 1 - Las Molas Parciales: Las cuales tienen ve-- llosidades no hidrópicas entremezcladas -- con vellosidades hidrópicas, no muestran -- hiperplasia trofoblástica, están asociadas con el feto, el cordón y/o membranas amnió-- ticas y tienen una constitución anormal de cromosomas, frecuentemente triploides; no-- padecen de cambios malignos.
- 2 - Las Molas Completas: En ellas todas las -- vellosidades son hidrópicas, se encuentran



muy marcada, no hay feto, cordón o membrana amniótica y la constitución de los cromosomas es de 46 XX, esta mola siempre sufre cambios malignos (4).

En la mayor parte de los casos de mola hidatidiforme se desarrolla dentro del útero, pero puede ocurrir en cualquier sitio de embarazo ectópico. Cuando se descubre de ordinario en el cuarto o quinto mes de la gestación el útero es más voluminoso de lo normal para el tiempo de embarazo. La cavidad uterina está llena de una masa delicada y friable de -- formaciones translucidas, quísticas de pared delgada como uvas, las cuales varían de tamaño desde menos de un milímetro a más de un -- centímetro de diámetro; que se rompen y colapsan fácilmente al poner en libertad líquido -- transparente (11).

En muchos casos de mola hidatidiforme, -- los ovarios tienen numerosos quistes luteínicos que pueden variar desde un tamaño microscópico a 10 cms. o más de diámetro. La superficie de los quistes es lisa a menudo amarillenta y revestida de células luteínicas. Se han estimado la incidencia de estos quistes -- que acompañan a la mola es de un 25 a 60%. Se cree que dichos quistes luteínicos son debidos a que las células luteínicas son estimuladas en exceso por las grandes cantidades de -- gonadotropina coriónica que segrega el trofoblasto proliferante (11).

INCIDENCIA: En los Estados Unidos y Europa la incidencia es una vez cada 2,000 embarazos. -- Otros países como Asia y del Sur del Pacífico -- es de 1 en 530, Taiwan es de 1 en 125 embarazos, México reporta de 1 en 200 (3).

En Guatemala el trabajo efectuado por el -- Dr. German Aramburú en el Centro Infantil del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en 1968 reportó 1 por 670 embarazos (2).

El Dr. Vetorazzi quien presenta su trabajo de tesis en un estudio efectuado en el Hospital Roosevelt, obteniéndose una incidencia de una mola por cada 2060 embarazos (2).

El trabajo de tesis del Dr. Eduardo López-Palencia, presenta el estudio de 53 casos encontrados en 15469 embarazos con significado -- de una mola hidatidiforme por cada 291 embarazos en el Hospital General San Juan de Dios -- (2).

En el trabajo de tesis presentado por el -- Dr. Eduardo Giamattei Toriello en el departamento de maternidad del Hospital Roosevelt, reporta una mola por cada 1168 partos (2). En -- nuestro trabajo encontramos una incidencia de una mola en 1300 embarazos.

CARACTERES CLINICOS: El síntoma clínico principal de la mola hidatidiforme es la hemorragia, que se presenta generalmente hacia el tercer o cuarto mes de embarazo (8). Dichas hemorragias vaginales son el signo más importante, varían desde unas pequeñas señales hasta --

una hemorragia profusa. A veces aparecen inmediatamente antes del aborto, pero más a menudo se presentan con intermitencias durante semanas o incluso meses. A consecuencia de la hemorragia es frecuente la anemia. Sin embargo a veces la anemia no guarda proporción con la sangre perdida. En estos casos suele existir una intensa hipervolemia de rápida aparición que explica en gran parte la anemia (3).

Los exámenes revelan que el tamaño del útero es mayor que el que normalmente le correspondería para esta fase de la gestación. Esta regla tiene no obstante muchas excepciones, puesto que no pocas veces ya se han expulsado grandes fragmentos de mola antes de que la paciente se ponga en observación (8).

En la mola hidatidiforme es frecuente la infección uterina, ya que puede existir un período de amenaza de aborto, con cuello uterino abierto, hemorragia y una gran masa de tejido poco vascularizado en el útero. La hiperemesis es frecuente y es probable que sea más intensa en los casos de mola hidatidiforme que en los embarazos normales. Revela especial importancia la frecuente asociación de preeclampsia grave y eclampsia con los embarazos molares. Como la preeclampsia - eclampsia se presenta precózmamente en el segundo trimestre de las gestaciones molares y como en el embarazo normal dicho síndrome no se observa casi nunca en el período precóz, la aparición de una preeclampsia grave o de una eclampsia antes de las 24 semanas de gestación su-

giere una mola hidatidiforme. El síndrome se presenta con más frecuencia en las molas, cuando el crecimiento uterino ha sido en extremo rápido o en las de gran tamaño. Aunque pocas veces mencionado en la literatura, el dolor constituye a veces un síntoma importante, en especial si se acompaña de un rápido crecimiento uterino (3).

DIAGNOSTICO: Con frecuencia solo se diagnostica la mola hidatidiforme al observar la expulsión del producto. Como la hemorragia es el signo corriente, el diagnóstico inicial suele ser simple amenaza de aborto. Algunas veces pueden expulsarse vesículas lo cual hace evidente el diagnóstico. En las enfermas con hemorragias persistentes, la existencia de un útero de mayor tamaño que el que era de esperar hace sospechar una mola. También hay que tener en cuenta las posibilidades de error respecto a la fecha de la menstruación, un útero gestante aumentado de tamaño por mioma, un hidramnios y un embarazo múltiple. Si la gestación está avanzada puede ser útil la palpación de partes fetales, la percepción de movimientos visuales radiográficos de un esqueleto fetal, así como el estudio ultrasonográfico. Los datos positivos tienen valor, pero los resultados negativos pueden ocasionar errores.

Existen tres métodos relativamente recientes que dan mayor precisión al diagnóstico de mola hidatidiforme. Hendrickse y colaboradores y García y colaboradores han demostrado mediante arteriografías practicadas en los momentos adecuados que el útero gestante presenta un re-

lleno precóz bilateral de las venas uterinas - solo si existe mola o coriocarcinoma, probablemente a causa de las derivaciones arteriovenosas. La inyección intrauterina por vía transabdominal de una sustancia opaca como Hypaque permite obtener una radiografía que da la impresión de una imagen en panal de abejas en casos de mola hidatidiforme (Torres y Plegrina, Zaron y colaboradores). Existe riesgo de aborto a causa de la sustancia de contraste hipertómica. La mayor precisión diagnóstica se obtienen con el ecograma, siendo este el método de elección siempre que pueda disponerse de él. (3)

El problema más frecuente es distinguir - la enfermedad trofoblástica persistente de un nuevo embarazo, porque ambos se presentan como un útero aumentado de tamaño y valor alto de H. C. G. El embarazo se caracteriza por una concentración elevada de estriol y pregnandiol; en caso de enfermedad trofoblástica estos valores son bajos. Siempre que se sospeche posibilidad de enfermedad molar es obligado obtener la determinación cuantitativa de gonadotropina coriónica (H. C. G.). Este índice de actividad biológica muchas veces tiene mayor importancia que el cuadro anatomopatológico, pues este último no indica invariablemente la morfología de todo el trofoblasto funcional (3).

PRONOSTICO: La mortalidad inmediata a consecuencia de mola hidatidiforme era antes de haber un 10%, sobre todo a causa de hemorragia, infección o perforación uterina.

La incidencia de transformación de una mola hidatidiforme en un coriocarcinoma franco - varía según los autores entre un 2 y 8%. (3)

COMPLICACIONES AGUDAS PULMONARES EN EL EMBARAZO MOLAR: En el Hospital de los Angeles según un estudio efectuado en 128 pacientes a quienes se les dió tratamiento de evacuación uterina, el 10.7% desarrollaron complicaciones pulmonares agudas, los síntomas se presentaron 12 horas después de la evacuación, caracterizados por taquicardia, taquipnea o hipoxemia. Entre los factores que contribuyeron a dichas complicaciones pulmonares están:

1 - Deportación trofoblástica: La deportación vascular del trofoblasto fue descrita por Aschmorl en 1893 y ha sido aceptado como un comportamiento normal del trofoblasto; sus hallazgos fueron corroborados por Dowllas y colaboradores quienes aislaron el trofoblasto de las venas uterinas de las mujeres con embarazos de 18 semanas a término como se evidencia por un aumento del útero y el patrón histológico del trofoblastos proliferantes. El embarazo molar con su rápido crecimiento y propensión a invasión muscular aparentemente tiene una adaptación más intensa de trofoblastos que en el embarazo normal.

Wagner midió los trofoblastos en la vena cava de 4 pacientes que se les realizó legrado por embarazo molar por aborto incompleto y notó que ningún trofoblasto fue



recobrado hasta que el útero fue palpable o manipulado mecánicamente.

El trofoblasto fue aislado en la vena - cava en dos de los pacientes por aborto - incompleto, únicamente durante el legrado.

En un paciente con mola hidatidiforme - el trofoblasto fue obtenido después del - legrado, otros de las pacientes de mola - tuvieron un aumento durante el legrado -- que continuó después del proceso.

La deportación de los trofoblastos se - le considera clínicamente como una de las causas de trastornos pulmonares. Llewellyn Jones en una serie de 180 casos de embarazo molar, notó que la exitocina de inducción o de expulsión espontánea se presenta desorden respiratorio acompañado de taquicardia, disnea y cianosis, él atribuye que los síntomas pulmonares se deben a la deportación intravascular trofoblástica.

- 2 - Tiroxicosis: Es otro factor que contribuye en el fallo hemodinámico del embarazo molar. Aquí hay una estimulación de la - hormona tiroidea TSH (produce aumento en la actividad cardíaca).

Tisne y asociados fueron los primeros - en determinar que la captación de iodo radioactivo en el embarazo molar era mayor - que en el embarazo normal, también describió un caso de mola hidatidiforme e hipertiroidismo clínico, más tarde Dowling y -

asociados aportaron tres casos de embarazo molar con un aumento en la función tiroidea que regresaron a lo normal después de la evacuación.

- 3 - Preeclampsia: Se aumenta la resistencia arteriolar, disminuye el volumen de sangre y la velocidad de filtración glomerular, hay una tendencia marcada a la retención de -- agua y sodio los cuales causan problemas - cardiovasculares. (12)

TRATAMIENTO: El tratamiento de la mola hidatidiforme tiene dos fases, el aborto inmediato o evacuación de la mola y la observación del curso ulterior para descubrir una alteración maligna. En la mayoría de casos, cuando se establece el diagnóstico, el aborto de mola es inminente o ya se está realizando y el tratamiento va dirigido a completar el aborto. Puede - ser útil el estímulo oxitócico. Si la hemorragia es copiosa se requiere a veces evacuar el útero con un fórceps de huevo y completar la - aspiración con un raspado cortante o por aspiración, pero hay que proceder con gran cuidado ya que el útero es en ocasiones, muy blando y se perfora fácilmente. Si la intervención no es requerida por la hemorragia, puede esperarse que la expulsión se realice de manera espontánea y aplazar el raspado algunos días hasta que la involución, que empieza a desarrollarse, haga el útero más resistente. A no ser que la mola haya sido expulsada de manera espontánea, es mucho más seguro llevar a cabo la evacuación del útero mediante una histerotomía abdominal o un raspado aspirador, que intentar un-



raspado cortante, en especial, si el útero tiene un tamaño mayor del que corresponde a 12 - 14 semanas de gestación. Tanto si la mola es expulsada espontáneamente, como si es extraída por histerotomía, interesa efectuar legrado -- uterino. En la histerotomía el raspado se -- efectúa al mismo tiempo. Se pone mucho mejor de manifiesto la calidad invasora del tumor, - con estos raspados, que con la misma mola abortada.

La histerectomía es el procedimiento lógico en las mujeres de 40 años o más, cualquiera que sea el número de partos anteriores, y en las mujeres con 3 o más hijos, cualquiera que sea su edad, debido a la frecuencia con que -- aparece un coriocarcinoma en aquellas edades y en las multiparas. Aunque la histerectomía disminuye mucho la probabilidad de aquella secuela, no la elimina por completo.

No es posible todavía contestar, cuando -- se pregunta cuánto tiempo hay que prohibir un embarazo después de una mola. Reid recomienda 1 año; Donald más conservador, señala un período de dos años, Hertig cree que no disponemos de un fundamento suficiente para responder a -- la pregunta; según este autor, la esencia del problema es la probabilidad de que el embarazo dificulte el diagnóstico de la mola recidivante (comunicación personal). Nosotros hemos -- adoptado la siguiente línea de conducta: Si el título de gonadotropina coriónica permanece negativo durante 6 meses y se demuestra la existencia de una ovulación repetida mediante la --

menstruación regular normal, las curvas de temperatura bifásicas y las extensiones vaginales ovulatorias, es probable que un nuevo embarazo esté libre de riesgos (3).

#### REQUISITOS DE IMPORTANCIA DESPUES DEL TRATA- - MIENTO MEDICO

- 1 - Practicar inicialmente una radiografía de torax y examen pélvico cada semana hasta - que la eliminación de gonadotropina coriónica se negativice, luego una vez por mes, por 6 meses y por último 1 vez cada 2 meses por 6 meses.
- 2 - Control de gonadotropinas coriónicas 1 vez por semana, durante los 2 primeros meses, - luego una prueba una vez al mes durante 1 año, luego cada 2 meses durante 6 meses.

Nota: Cuando las gonadotropinas coriónicas estén por debajo de 750 UI se pedirá - dosificación en unidades Raton.

- 3 - Si las gonadotropinas coriónicas están aumentadas después de 30 días, hay que practicar dilatación y raspado.
- 4 - Si el raspado pone de manifiesto un trofoblasto maligno iniciar quimioterapia.
- 5 - Si el raspado no pone de manifiesto un trofoblasto maligno pero se sospecha está indicado hacer arteriografía pélvica.

- 6 - Un nivel alto de gonadotropinas coriónicas y un nivel bajo de somatotropina coriónica sugieren una neoplasia coriónica.
- 7 - 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 de mola.
- 8 - Indicaciones para iniciar el tratamiento con drogas citostáticas después de la evacuación de una mola hidatidiforme.
  - a - Diagnóstico del tejido de coriocarcinoma o mola invasiva.
  - b - Si los valores de gonadotropina coriónica van en ascenso.
  - c - Si los valores de gonadotropina coriónica persisten elevados después de 8 semanas de evacuado el útero.
  - d - Presencia de metástasis
  - e - Si los valores de gonadotropina coriónica llegan a elevarse nuevamente.
- 9 - Quimioterapia simple para enfermedad trofoblástica, no metastática (profiláctica).
  - a - Actinomicina D 10 - 12 mg/kg diarios-IV X 5 días.
  - b - Methotrexate 0.4 mg/kg/día IM ó IV
  - c - Repetir el ciclo después de 7 días si:  
Granulocitos más de 1500/mm<sup>3</sup>  
Plaquetas más de 100 mil/mm<sup>3</sup>  
Recuperación de las manifestaciones de toxicidad (estomatitis-gastritis).

- d - Continuar los ciclos quimioterapéuticos hasta conseguir un nivel normal de gonadotropina coriónica o cuando éstas empiecen a disminuir.
  - e - Hacer semanalmente gonadotropinas coriónicas y frote periférico.
  - f - Antes de cada ciclo transaminasas, N.-U. y examen pélvico
  - g - Anticonceptivos orales por un año.
- 10 - En caso de haber metástasis o coriocarcinoma se darían dosis tóxicas de methotrexate combinada con actinomicina D. (2)

#### MATERIAL Y METODO

Para la realización del presente trabajo se revisaron los libros de maternidad, labor y partos, del Hospital Nacional Regional Juan José Ortega de Coatepeque, comprendidos del 1o. de enero de 1975 al 31 de diciembre de 1979, así como la historia clínica de cada paciente con dicha enfermedad del trofoblasto.



PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

MOLA HIDATIDIFORME: INCIDENCIA Y FRECUEN-  
CIA EN EL HOSPITAL NACIONAL REGIONAL JUAN  
JOSE ORTEGA DE COATEPEQUE

RAZA	No.	%
Ladinos	7	100
Indígenas	0	-
T O T A L	7	100

Tomando en cuenta la clasificación hecha -  
en admisión se encuentra que el 100% correspon-  
de a ladinos, no creo que este resultado sea -  
representativo debido a la falta de patrones -  
para efectuar una correcta clasificación de --  
los diferentes grupos étnicos, ya que posible-  
mente algunos de los catalogados como ladinos-  
sean en realidad ladinizados, como sucede fre-  
cuentemente en nuestro medio, ya que tradicio-  
nalmente recibe el apelativo de indígena ó na-  
tural aquel que usa traje típico y ladino - -  
aquel que no lo usa.

CUADRO No. 2

MOLA HIDATIDIFORME: INCIDENCIA Y FRECUEN  
CIA EN EL HOSPITAL NACIONAL REGIONAL - -  
JUAN JOSE ORTEGA DE COATEPEQUE.

EDAD EN AÑOS	No.	%
De 15 19	1	14.3
20 24	1	14.3
25 29	3	42.8
30 34	1	14.3
35 39	1	14.3
T O T A L	7	100

Como se puede observar, el mayor porcentaje de pacientes afectados se encuentra entre las edades de 25 a 29 años, correspondiéndoles el 42.8%. La paciente más joven fue de 15 años y la de mayor edad de 39 años.

En lo que respecta al mayor porcentaje encontrado entre dichas edades, coincide con datos obtenidos en estudios similares efectuados en otros lugares de nuestro país y de - - otros países.

CUADRO No. 3

MOLA HIDATIDIFORME: INCIDENCIA Y FRECUEN  
CIA EN EL HOSPITAL NACIONAL REGIONAL - -  
JUAN JOSE ORTEGA DE COATEPEQUE.

PROCEDENCIA	No.	%
Rural	6	85.7
Urbana	1	14.3
T O T A L	7	100

Según se puede observar en el cuadro No. 3 el 85.7% de las pacientes con mola hidatidiforme fueron del área rural, correspondiéndole el 14.3% al área urbana. Esto se explica porque el grupo de pacientes que más acude al Hospital residen en el área rural.

CUADRO No. 4

MOLA HIDATIDIFORME: INCIDENCIA Y FRECUEN  
CIA EN EL HOSPITAL NACIONAL REGIONAL - -  
JUAN JOSE ORTEGA DE COATEPEQUE

ESTADO CIVIL	No.	%
Soltera	0	-
Unida	6	85.7
Casada	1	14.3
T O T A L	7	100

El cuadro número cuatro nos demuestra que el 85.7% son unidas y tan solo una de las pacientes que corresponde al 14.3% es casada.

CUADRO No. 5

MOLA HIDATIDIFORME: INCIDENCIA Y FRECUENCIA EN EL HOSPITAL NACIONAL REGIONAL - JUAN JOSE ORTEGA DE COATEPEQUE.

MOTIVO DE CONSULTA

MC	No.	%
Hemorragia Vaginal	5	71.4
Dolor Abdominal	1	14.3
Referida X Facultativo con Dx. de Expulsión de Mola	1	14.3
T O T A L	7	100

El mayor número de pacientes consultó por hemorragia vaginal (71.4%), la cual en todos los casos fue en promedio de 15 días de evolución, dicho hallazgo concuerda con lo que reportan los diferentes autores. Una de las pacientes consultó por dolor abdominal y la otra fue referida por facultativo con diagnóstico de expulsión de mola.

CUADRO No. 6

MOLA HIDATIDIFORME: INCIDENCIA Y FRECUENCIA EN EL HOSPITAL NACIONAL REGIONAL - JUAN JOSE ORTEGA DE COATEPEQUE

CONTROL PRENATAL

CONTROL PRENATAL	No.	%
Con control Prenatal	0	-
Sin control Prenatal	1	14.3
No referido en Hist. Clínica	6	85.7
T O T A L	7	100

Como se puede observar en el cuadro No. 6 únicamente a una de las pacientes que corresponde al 14.3% fue anotado entre los antecedentes que no tenían control prenatal. Un renglón tan importante en toda paciente y principalmente en la que consulta por un problema obstétrico como lo es el control prenatal fue olvidado en las historias clínicas revisadas, dando margen a que un estudio de la naturaleza del presente no de lugar al análisis correspondiente.

Además es notorio que un mayor porcentaje de pacientes en nuestro medio no acude al control prenatal, ya que en su mayoría son visitadas por comadronas en el área rural y consultan al Hospital cuando ya tienen algún problema.



CUADRO No. 7

MOLA HIDATIDIFORME: INCIDENCIA Y FRECUEN  
CIA EN EL HOSPITAL NACIONAL REGIONAL - -  
JUAN JOSE ORTEGA DE COATEPEQUE

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

	No.	%
Primigesta	0	-
Plurigesta (2-4 embarazos)	3	42.9
Multigesta (5 o más embarazos)	2	28.5
No referido en Hist.	2	28.5
T O T A L	7	100

CUADRO No. 7-A

	No.	%
Nulípara	0	-
Primípara	1	14.3
Plurípara (2 - 4 partos)	3	42.8
Multípara (5 o más partos)	1	14.3
No referido en Hist.	2	28.5
T O T A L	7	100

CUADRO No. 7-B

	No.	%
Abortos 0	4	57.1
Abortos 1	1	14.3
Abortos 2-4	0	-
No referido en Hist.	2	28.5
T O T A L	7	100

Analizando los antecedentes de gestaciones y paridad anteriores de las pacientes, podemos observar que la mayor frecuencia e incidencia se encuentra en pacientes con más de dos embarazos anteriores y con más de dos partos, lo que concuerda con lo que se encuentra en la bibliografía revisada.

CUADRO No. 8

MOLA HIDATIDIFORME: INCIDENCIA Y FRECUEN-  
CIA EN EL HOSPITAL NACIONAL REGIONAL JUAN  
JOSE ORTEGA DE COATEPEQUE

EDAD DE EMBARAZO POR AU

EDAD EN SEMANAS	No.	%
DE 0 7	0	-
8 14	0	-

(Continúa)

(Continuación cuadro No. 8)

EDAD EN SEMANAS	No.	%
15 21	0	-
22 28	0	-
29 35	3	42.8
36 o más	1	14.3
No referido en Hist.	3	42.8
T O T A L	7	100

Podemos observar que la edad de embarazo más frecuente por AU está comprendida entre la 29 y 35 semanas que corresponde al 42.8%, un caso en la 37 semanas de embarazo que corresponde al 14.3%, tres de los casos no referidos en la historia clínica que también corresponde al 42.8%.

#### CUADRO No. 9

MOLA HIDATIDIFORME: INCIDENCIA Y FRECUENCIA EN EL HOSPITAL NACIONAL REGIONAL - -  
JUAN JOSE ORTEGA DE COATEPEQUE

EDAD DE EMBARAZO POR UR

EDAD EN SEMANAS	No.	%
De 0 7	0	-
8 14	1	14.3

(Continúa)

(Continuación Cuadro No. 9)

EDAD EN SEMANAS	No.	%
15 21	3	42.8
22 28	0	-
29 35	0	-
36 o más	0	-
No referido en Hist.	3	42.8
T O T A L	7	100

ANALISIS: Con respecto a la relación de mola - hidatidiforme entre AU y UR está descrito la - disparidad existente, lo cual se constata al - comparar dichos cuadros.

CUADRO No. 10

MOLA HIDATIDIFORME: INCIDENCIA Y FRECUENCIA EN EL HOSPITAL NACIONAL REGIONAL JUAN JOSE ORTEGA DE COATEPEQUE

IMPRESION CLINICA AL INGRESO

IC	No.	%
Mola Hidatidiforme Vrs.		
Obito Fetal	2	28.5
Mola Hidatidiforme Fiebre Et.	1	14.3
Mola Hidatidiforme	2	28.5
Aborto Molar		
Hipovolemia	1	14.3
Amenaza de Ab	1	14.3
Anemia Severa		
T O T A L	7	100

Como se puede observar, en todos los casos el diagnóstico de ingreso fue acertado, excepto en uno de los casos.

CUADRO No. 11

MOLA HIDATIDIFORME: INCIDENCIA Y FRECUENCIA EN EL HOSPITAL NACIONAL REGIONAL JUAN JOSE ORTEGA DE COATEPEQUE

TRANSFUSION SANGUINEA

TRANSFUSION	No.	%
Dos Unidades	3	42.8
Una Unidad	1	14.3
No se Transfundió	3	42.8
T O T A L	7	100

Como se puede observar, a tres de los casos - se le transfundió dos unidades de sangre que corresponde al 42.8%.



CUADRO No. 12

MOLA HIDATIDIFORME: INCIDENCIA Y FRECUENCIA EN EL HOSPITAL NACIONAL REGIONAL JUAN JOSE ORTEGA DE COATEPEQUE

VALORES HEMATOLOGICOS  
(Hb)

VALORES DE Hb (g)	No.	%
4 a 8	5	71.4
8 en adelante	0	-
No se hizo	2	28.5
T O T A L	7	100

CUADRO No. 12-A  
(Ht)

VALORES DE Ht (%)	No.	%
13 a 15	2	28.5
15 en adelante	0	-
No se hizo	5	71.4
T O T A L	7	100

Como se puede observar el mayor porcentaje de pacientes (71.4%) tienen valores de Hb inferiores a 8.

CUADRO No. 13

MOLA HIDATIDIFORME: INCIDENCIA Y FRECUENCIA EN EL HOSPITAL NACIONAL REGIONAL JUAN JOSE ORTEGA DE COATEPEQUE

ESTUDIOS RADIOGRAFICOS EFECTUADOS

RX	No.	%
Tórax y Abdomen	4	57.1
Tórax	1	14.3
No se hizo	2	28.5
T O T A L	7	100

Como se puede observar en el cuadro anterior a cuatro de los casos se les tomó Rx de tórax y abdomen que corresponde al 57.1%, al 28.5% - de los casos restantes no se le efectuó ningún control radiográfico. Llama la atención que en ninguno de los casos aparece comentario de los hallazgos radiológicos.

CUADRO No. 14

MOLA HIDATIDIFORME: INCIDENCIA Y FRECUENCIA EN EL HOSPITAL NACIONAL REGIONAL JUAN JOSE ORTEGA DE COATEPEQUE

ANATOMIA PATOLOGICA

ANATOMIA PATOLOGICA	No.	%
Con Anatomía Patológica	1	14.3
Sin Anatomía Patológica	6	85.7
T O T A L	7	100

Como se puede observar, únicamente a uno de los casos se le hizo el diagnóstico de mola hidatidiforme por anatomía patológica.

CUADRO No. 15

MOLA HIDATIDIFORME: INCIDENCIA Y FRECUENCIA EN EL HOSPITAL NACIONAL REGIONAL JUAN JOSE ORTEGA DE COATEPEQUE

SEGUIMIENTO DE LOS CASOS

SEGUIMIENTO DEL CASO	No.	%
Con Seguimiento	0	-
Sin Seguimiento	7	100
T O T A L	7	100

Como se puede observar, de los 7 casos que hubo durante el periodo de estudio, no aparece en la papeleta clínica ninguna anotación que nos indique que halla habido seguimiento del caso.

CUADRO No. 16

MOLA HIDATIDIFORME: INCIDENCIA Y FRECUENCIA EN EL HOSPITAL NACIONAL REGIONAL JUAN JOSE ORTEGA DE COATEPEQUE

TRATAMIENTO Y RESOLUCION DEL CASO

TX	No.	%
L.U.I	4	57.1
Histerotomía Segmentaria Transversa	3	42.8
T O T A L	7	100

Como se puede observar en el cuadro anterior, al 57.1% se le efectuó legrado uterino instrumental, y al 42.8% Histerotomía segmentaria Transversa, efectuándole a una de ellas Oforectomía derecha por quiste torcionado del ovario.

CONCLUSIONES

- 1 - La mola hidatidiforme se presentó con más frecuencia en las edades comprendidas de 25 a 29 años.
- 2 - El 71.4% el motivo de consulta fue hemorragia vaginal
- 3 - El 85.7% de las pacientes no referían en la historia clínica si habían tenido control prenatal.
- 4 - La mayor frecuencia e incidencia de mola hidatidiforme se presentó en pacientes -- con más de dos embarazos anteriores y con más de dos partos.
- 5 - Se comprueba lo dicho por diferentes autores, sobre que la edad de embarazo por AU es mayor que por UR.
- 6 - En todos los casos excepto en uno, fue -- acertada la impresión clínica en el momento del ingreso.
- 7 - En el 71.4% de los pacientes los valores de Hb fueron inferiores a 8 g.
- 8 - En ninguno de los estudios radiográficos efectuados (torax y abdomen), aparece en la historia clínica los hallazgos radiológicos encontrados.



- 9 - Unicamente a uno de los casos se le hizo anatomía patológica.
- 10 - No se encontró ningún método específico de control de dichos pacientes.
- 11 - El 57.1% de los casos se resolvieron por L. U. I y el 42.8% por histeretomía segmentaria trasversa.

### RECOMENDACIONES

- 1 - Poner más énfasis en las historias clínicas de ingreso, principalmente historia obstétrica.
- 2 - Comentar los hallazgos de las radiografías de tórax y abdomen.
- 3 - Enviar todo espécimen sospechoso de degeneración del trofoblasto a patología, para análisis histológico.
- 4 - Promover la creación de departamentos de anatomía patológica en hospitales departamentales, como una ayuda diagnóstica imprescindible.
- 5 - Motivar más a la población obstétrica para su asistencia a la clínica de control prenatal, para un mejor seguimiento de éstos.
- 6 - Implementar los métodos diagnósticos de laboratorio, factibles de efectuar en nuestro medio.
- 7 - Revisión en cada caso detenidamente del tratamiento a emplear para tener una menor mortalidad.
- 8 - Promover la creación a corto plazo del Banco de Sangre.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Defoort, P et al. Hydatidiform Mole Combined With Fetus: Extended Diagnostic Arsenal (Letter) Am J. Obstet Gynecol 126 (8) 1049 - 51 December 1976.
- 2 - Giammattei Toriello, Roberto Eduardo. "Mola Hidatidiforme en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt". Tesis - 1 - 38 Abril 1977.
- 3 - Hellman, Louis y Cols, Williams Obstetricia. Interamericana 1076-452-510. 1973
- 4 - Jacobs, Patricia et al. Chromosome Constitution of Gestational Trophoblastic Disease. Lancet (2) (8079) 48-49 Julio 1978.
- 5 - Lawler, Sylvia et al. Genetic Studies Of Complete and Partial Hydatiform Moles. The Lancet (2) 8142 579-580 September 1979.
- 6 - López Palencia, Eduardo. Mola Hidatidiforme en el Hospital General San Juan de Dios. Tesis 1970.
- 7 - Márquez Monter et al. Immunoglobulins and beta 1-C globulin in Hydatidiform mole vesicles Am J. Obstet - Gynecol 124 (4) 406-408. Febrero 1976.
- 8 - Novak, Edmund y Cols. Tratado de Ginecología. Interamericana 839 591 - 631.

- 9 - Pérez Peña E. y Cols. Mola con Feto - - Anencefalo. Ginecología y Obstetricia - México (45) 463 - 466. Junio 1979.
- 10 - Pineda Colon Antonio "Mola Hidatidiforme y Coriocarcinoma" Tesis 1-40 Mayo 1978.
- 11 - Robbins, Stanley L. Tratado de Patología Interamericana 1332, 1050 - 1057. -- 1967.
- 12 - Twiggs L. et al. Acute Pulmonary Complications of Molar Pregnancy Am J. Obstet-Gynecol 135 (2) 189-94 September 1979.
- 13 - Urbieta López y Cols. Mola Hidatidiforme. Ginecología y Obstetricia México -- (42) 422 - 425.

Verdad

Br. Walter Homero Urrutia Sandoval

M. R. C. S. S. S.  
M. R. C. S. S. S.  
Asesor

Dr. Salvador Lopez  
Revisor.

Hector Alfredo Nuila  
Director de Fase III

Dr. Raul Castillo J.  
Secretario

Dr. Relando Castillo Mantalvo  
De. anc