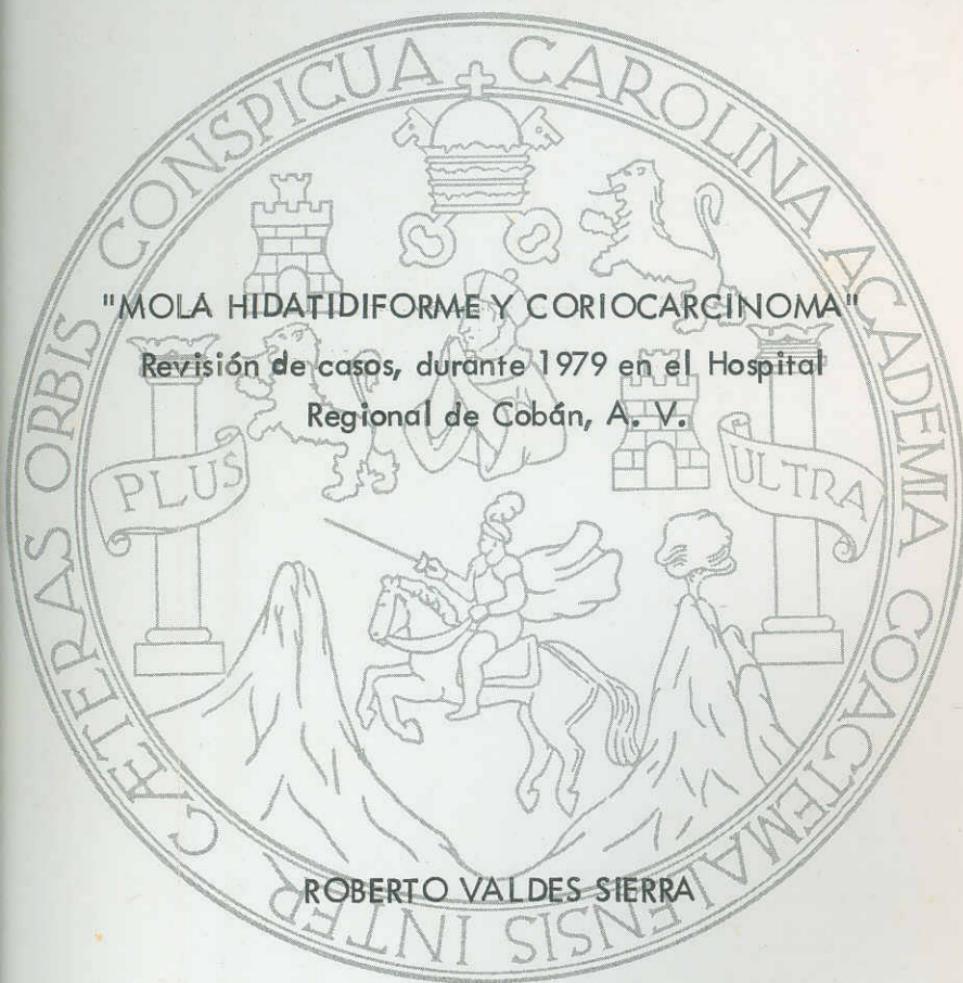


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



CONTENIDO

- INTRODUCCION
- ANTECEDENTES
- OBJETIVOS
- HIPOTESIS
- MATERIAL Y METODOS
- REVISION BIBLIOGRAFICA
- PRESENTACION DE RESULTADOS
- CONCLUSIONES
- RECOMENDACIONES
- BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

El tema "Mola Hidatidiforme" ha sido investigado en distintos estudios anteriores en Guatemala, en distintas instituciones, dando variados resultados, en lo que a incidencia se refiere.

En el Hospital Regional de Cobán, A. V. durante el año de 1979 se observó un creciente aumento en la frecuencia de esta patología, esto me llamó la atención, así como el tratamiento aplicado en las pacientes; por estas y otras razones detalladas posteriormente, se tuvo la inquietud de realizar este trabajo, a modo de demostrar científicamente la incidencia de esta patología, comprobar si el tratamiento y manejo de los casos es el correcto, y cómo se lleva a cabo el diagnóstico.

Se tuvo en cuenta la importancia que tiene la incidencia de esta patología, en el Hospital Regional de Cobán, por cubrir éste gran parte de la población de la zona norte del país.

Todos los datos que en este estudio se incluyen, se investigaron teniendo como punto de partida los informes de las muestras enviadas, para su estudio, a el Departamento de Patología del Hospital General San Juan de Dios de la ciudad capital; esto nos indica que se trabajará solo con casos confirmados.

ANTECEDENTES

A nivel nacional se encontraron a varios investigadores - del tema "Mola Hidatidiforme". El primer estudio que encontramos, fue efectuado en el año de 1958, por el Dr. German Aramburú B., dicho estudio se titula: "Mola Hidatidiforme en el Centro Infantil del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social". -- Posteriormente encontramos un interesante trabajo del Dr. Roberto E. Guiammattei T., efectuado el año de 1977 y titulado "Mola Hidatidiforme en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt". Posteriormente en el año de 1978, encontramos varios estudios, el trabajo de tesis del Dr. Jaime A. Pineda C., titulado "Mola Hidatidiforme y Coriocarcinoma" realizado en el Hospital General San Juan de Dios; también se consultó la tesis del Dr. Héctor A. González C., titulado "Mola Hidatidiforme"; - este estudio se realizó en el Hospital Nacional de Escuintla, por último encontramos la tesis del Dr. Edgar Andrino, con un estudio titulado "Mola Hidatidiforme", realizado el mismo año en el Hospital Nacional de Huehuetenango.

Todos los estudios descritos anteriormente son de autores nacionales, dichos estudios se han basado en frecuencia de Mola Hidatidiforme, en distintos Hospitales Nacionales, teniendo todos muy variados resultados; es de hacer notar que todos han sido estudios retrospectivos, de revisión de casos, relacionando los con el número de partos por año.

A nivel nacional, no se cuenta en la actualidad con ningún estudio en que se investigue el tratamiento con Quimioterapia, creemos que esto es debido principalmente por lo alto del costo de un trabajo de tal envergadura e importancia; además no se ha podido establecer un seguimiento de pacientes por diversas razones, entre las que encontramos de tipo cultural, económico, de distancia, de acceso, etc.

Creemos que los resultados obtenidos en investigaciones en otros países son importantes, pero solo desde el punto de vista de referencia, pues sabemos que la patología varía hasta en el mismo paciente, en distintos momentos, no digamos de un país a otro, por eso podemos afirmar que para los intereses de nuestro estudio, es más importante tomar de referencia y dirección, los resultados obtenidos a nivel nacional, por ser de más utilidad.

OBJETIVOS

GENERALES:

- * Contribuir a la investigación científica de la patología, que afecta a la población de Guatemala, y en especial al Departamento de Alta Verapaz.
- * Cumplir con los estatutos de la Facultad de Ciencias, - al presentar un estudio científico, como examen público, para poder optar al título de Médico y Cirujano.
- * Tener un conocimiento más valedero acerca de la patología conocida como "Mola Hidatidiforme" y "Coriocarcinoma", además de su incidencia en el Hospital Regional de Cobán, A.V. durante el año de 1979.

ESPECIFICOS:

- * Establecer la Prevalencia de Mola Hidatidiforme en el Hospital Regional de Cobán, durante el año de 1979.
- * Lograr determinar cuál es la conducta tomada para establecer el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con Mola Hidatidiforme.
- * Determinar cuál es la Morbi-Mortalidad de esta patología, para el Departamento de Maternidad del Hospital Regional de Cobán, A. V.

HIPOTESIS

** La prevalencia y tratamiento de la "Mola Hidatidiforme", no varían del Hospital Regional de Cobán, con respecto a estudios efectuados anteriormente en otros hospitales del país.

MATERIAL Y METODO

MATERIAL:

Se utilizarán los registros médicos de las pacientes a quienes se les comprobó, por examen de Patología, el padecer de Mola Hidatidiforme, o sea que se trabajará con los datos de los casos nuevos confirmados, reportados durante el año de 1979. Esto nos dará la situación real que se dió durante dicho año. Además se consultará y contará con la Bibliografía Nacional existente al respecto del tema "Mola Hidatidiforme".

METODO:

El método utilizado principalmente en este estudio será el método Deductivo, al respecto se contará con los reportes o informes del Departamento de Patología del Hospital General San Juan de Dios, de la ciudad capital, de las muestras enviadas para su estudio, además de los registros médicos, en los cuales se investigarán distintas fases de dicha patología, y su manejo dentro del Hospital Regional de Cobán.

No se puede efectuar seguimiento de pacientes por diversas razones, siendo la principal, la distancia, ya que la mayor parte de pacientes, en quienes se confirmó el diagnóstico de Mola Hidatidiforme o Coriocarcinoma, viven en poblaciones lejanas y con difícil acceso, habiendo además dos casos de pacientes que residen fuera del departamento de Alta Verapaz.

Los valores con que se compararán los resultados obtenidos, serán tomados de los trabajos que sobre el tema se han publicado anteriormente a nivel nacional.

REVISION BIBLIOGRAFICA

Definición:

La Mola Hidatidiforme ha sido definida de distintas formas, pero todas se encaminan a describir el proceso patológico; entre algunas de estas definiciones tenemos:

"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" (2). Esta definición es bastante parecida a la dada por el Dr. Novak en su tratado de Ginecología.

"Degeneración quística edematosa de las vellosidades coriales, que abarca la placenta y el resto del complejo ovular". (10)

"Tumefacción Hidrópica quística de las vellosidades corionicas, acompañada de cambios hiperplásticos y anaplásticos variables del epitelio coriónico". (5)

En lo que respecta a Córicarcinoma (también conocido como Corioepiteloma), la definición que nos parece bastante acertada es: "Un estado maligno epitelial de las células trofoblásticas, que derivan de cualquier forma de embarazo previo normal o anormal, o tiene origen teratógeno", (5) mas adelante agrega "es un tumor maligno constituido exclusivamente de células epiteliales, que no producen vellosidades coriónicas y se desarrolla por proligeración anormal de las células cuboides y sincitiales del epitelio placentario". (5)

Frecuencia:

En lo que respecta a Mola Hidatidiforme, a nivel nacional, los estudios anteriores nos dan los valores siguientes:

- El Dr. German Aramburó (Q.E.P.D.), en su estudio efectuado el año de 1958, en el Centro Infantil del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, nos da una incidencia de 1 mola por cada 670 embarazos. (1)
- El Dr. R. Gihammattei, en un estudio (tesis) efectuado el año de 1977, en el Hospital Roosevelt, encontró una incidencia de 1 mola por cada 1118 partos. (2)
- El Dr. Jaime Pineda C. en un estudio efectuado el año de 1978, en el Hospital General San Juan de Dios, encontró a sí la incidencia por varios años:

| año | No. Partos | No. Molas | Partos por una mola |
|----------|------------|-----------|---------------------|
| 1972 | 2926 | 9 | 325 |
| 1973 | 3204 | 11 | 281 |
| 1974 | 3301 | 8 | 412 |
| 1975 | 3342 | 6 | 557 |
| 1976 | 2597 | 5 | 519 |
| 1977 | 2849 | 4 | 712 |
| Totales: | 18219 | 43 | 423 |

O sea una mola por cada 423 partos, como promedio. (3)

- El Dr. González Cajas, en su tesis sobre el tema Mola Hidatidiforme, en la sala de Maternidad del Hospital Nacional de Escuintla, efectuado en 1978, encontró una mola por

cada 152 partos. (4)

- El Dr. E. Andrino, en su trabajo de tesis sobre el tema de Mola Hidatidiforme, efectuado el año de 1978, en el Hospital Nacional de Huehuetenango, encontró una incidencia de una mola por cada 402 partos. (11)

Anatomía Patológica:

Aun no hay un acuerdo si se clasifica a la Mola Hidatidiforme, como enfermedad de tipo neoplásico o degenerativo. La placenta se presenta transformada en un racimo de vesículas claras de tamaño variable, dichas vesículas claras se hallan unidas por tallos que son porciones no degeneradas de la Vellosoidad. Dentro de las vesículas se encuentran un líquido albuminoso con mucina y sales orgánicas. (10)

Sus características microscópicas principales son:

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

En el 20 por 100 de los casos, más o menos, se descubren quistes Tecaluteínicos, que experimentan regresión al extirpar la fuente de Hormona Coriônica Gonadotrópica o sea la Mola.

En lo que respecta a Coriocarcinoma, típicamente se presenta como un tumor blando, carnoso, de color blanco-a-

marillento, con notable tendencia a formar grandes áreas pálidas, de necrosis izquémica, focos de reblandecimiento quístico y hemorragias extensas. Microscópicamente se caracteriza por desordenada proliferación del tejido trofoblástico, tanto sincitio como citotrofoblasto, dentro del músculo, al cual destruye, por extensas necrosis de coagulación y hemorragia. (5)

Clasificación:

Para clasificar la Enfermedad Trofoblástica, la Unión Internacional contra el Cáncer, ha propuesto la siguiente Clasificación:

Enfermedad Trofoblástica

- 1.- Gestacional
- 2.- No gestacional.

Diagnóstico Clínico:

- 1.- No metastásico
- 2.- Metastásicos:
 - a) local (pelviano)
 - b) extra pelviano.

Diagnóstico Morfológico:

- 1.- Mola Hidatidiforme
 - a) no invasora
 - b) invasora.
- 2.- Coriocarcinoma
- 3.- Incierto. (2)

En lo que respecta a Mola Hidatidiforme se encontró la siguiente clasificación, basada en características, así:

- Mola Total: Degeneración molar que alcanza todo el riñón.
- Mola total y Hueca: Si presenta una cavidad ocupada por un líquido claro o hemático.
- Mola total y Llena: Sin cavidad.
- Mola Parcial: Si la degeneración es parcial.
- Mola Embrionada: Si la acompaña un huevo en evolución. (2).

Sintomatología:

En lo que a Mola se refiere, depende del aumento morfológico y funcional de la placenta.

Morfológicamente encontramos que el útero se encuentra aumentado en su tamaño, desproporcionadamente, en relación con la amenorrea. Al tacto importante en su exagerado desarrollo transversal, no así en el sentido anteroposterior, en el que se observa más bien un aplanamiento (signo de Recances-Molino). Es notoria la ausencia de signos fetales. El aumento del volumen del útero determina una formación precoz del segmento inferior, notándose así mismo el cuello dilatado. El síntoma clínico principal es la hemorragia vaginal o bien la expulsión de vesículas. Puede dar metastasis a Vagina, vulva o pulmones.

Funcionalmente encontramos que por la hiperplasia ve-

llositaria, puede ocasionar la aparición de hiperemesis gravídica, o de toxemia gravídica hipertensiva. Además encontramos que la excreción de Gonadotrofinas urinarias está aumentado. (10)

En el Coriocarcinoma, la hemorragia vaginal es el síntoma precoz principal, que cada vez es más profusa. Puede dar metastasis relativamente pronto a: pulmón, cerebro, hígado, huesos, incluso a piel. La vagina y vulva son afuero frecuente de metastasis. A medida que avanza la enfermedad, la emaciación y la debilidad van aumentando, presentándose a nemia profunda a consecuencia de hemorragias profusas repetidas. (5)

Diagnóstico:

Encontrar el tamaño desproporcionadamente grande del útero, mas la aparición de hemorragia vaginal, siempre debe hacernos sospechar de Mola Hidatidiforme, además de los síntomas y signos descritos.

Entre los métodos usados para Diagnosticar Mola encontramos:

- Laboratorio: Al encontrar un elevado nivel de gonadotrofina urinaria; en el embarazo normal son elevadas en el 2o. y 3er. mes. La hormona tiroidea, el calcio aumentado y la hipermagnesemia, acompañan a la mola. La eliminación de Pregnandiol urinario (índice de concentración sanguínea de progesterona) se encuentra muy elevado en toda mola activa y evolutiva.

- Arteriografía: (pélvica) está indicada cuando se sospecha trofoblasto maligno.
- Ultrasonido: (método de elección). (2).

El Coriocarcinoma regularmente se diagnostica, al raspado, además de la determinación de Gonadotrofina Coriónica.

Diagnóstico Diferencial:

El Diagnóstico Diferencial se puede hacer con las siguientes patologías:

- Aborto
- Inserción baja de placenta.
- Si pareciera palparse un tumor ovárico (quiste Luteínico), y un útero poco desarrollado, deberá hacerse diagnóstico diferencial con Embarazo Ectópico.
- Hidramnios Agudo.
- Embarazo múltiple.

Tratamiento:

Está indicado el Aborto inmediato, además se recomienda dar antes ocitócicos, con observación del curso ulterior, pues en ocasiones el uso de ocitócicos, al producir contracciones uterinas, da fácilmente metastasis. El legrado con cuchilla no se recomienda por estar adelgazada la pared uterina. Lo indicado es Legrado por aspiración. Si el útero es mayor de 12 o 14 semanas de gestación, o si está agrandado hasta el ombligo o más, es recomendable la Histerectomía, o un raspado aspirador. Se recomienda la Histerectomía en mujeres con 3 o más hijos vivos, no importando la edad, o en

mujeres de más de 40 años, por la frecuencia de aparición de Coriocarcinoma.

Además encontramos actualmente tratamiento Quimioterápico, con citostáticos, según la clasificación de la enfermedad; un esquema de tratamiento es el siguiente:

- Para enfermedad Trofoblástica no Metastásica:

- a) Actinomicina D. 7-12 mg./Kg./día. I.V. por 5 días.
- b) Methotrexate 0.4 mg./Kg./día. I.M. ó I.V. por 5 días (dosis máxima 30 mg.) (3)

Se recomienda repetir el ciclo después de 7 días, solo si:

- Granulocitos más de 1500/mm³.
- Plaquetas más de 100,000/mm³.
- Para Enfermedad Trofoblástica metastásica (alto Riesgo)
 - a) Actinomicina D. 0.5 mg. I.V. por 5 días.
 - b) Methotrexate 15 mg. I.V. por 5 días.
 - c) Clorbutilo 10 mg. P.O. por 5 días.

- Al haber casos de resistencia a la droga, se da:

- a) Methotrexate 100-200 mg./Kg. I.V. en infusión, 24 Hrs.
- b) Ácido Folínico 9 mg. P.O. cada 6 Hrs. por 12 días. - comenzando 2 Hrs. después de la Infusión de Methotrexate.

1.- Vimbastina 0.06 mg./Kg./día.

2.- Actinomicina D. 0.02 mg./Kg.

3.- Biomicina 0.25 mg./Kg.

Estas drogas debe usarse durante una semana simultáneamente, por vía I.V. (2)

Requisitos de Importancia después del tratamiento médico:

- 1.- Rx. de tórax y examen pélvico cada semana, hasta que la eliminación de Gonadotrofina Coriónica se negativice, luego una vez por mes, por 6 meses, y por último una vez cada 2 meses por 6 meses.
- 2.- Control de Gonadotrofinas coriónicas, una vez por semana, durante los primeros 2 meses, luego una vez al mes durante 1 año. Luego cada 2 meses durante 6 meses.
- 3.- Si las Gonadotrofinas coriónicas están aumentadas después de 30 días, hay que practicar dilatación y raspado.
- 4.- Si el raspado pone de manifiesto un trofoblasto maligno, o se sospecha 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 Gonadotrofina Coriónica y un nivel bajo de somatropina coriónica, sugiere neoplasia coriónica.
- 7.- Dar anticonceptivos orales por un año, ya que si se e-

vita un embarazo esto no impedirá el seguimiento posterior de una paciente con Mola.

8.- Indicaciones para iniciar tratamiento con Drogas Cistostáticas, después de la evacuación de una Mola Hidatidiforme:

- a) Diagnóstico del tejido, de coriocarcinoma o mola invasiva.
- b) Si los valores de Gonadotrofina Coriónica van en aumento.
- c) Si los valores de Gonadotrofina Coriónica persisten elevados después de 8 semanas de evacuado el útero.
- d) Precencia de metastasis.
- e) Si los valores de Gonadotrofina Coriónica llegan a elevarse nuevamente. (2)

Para el seguimiento de pacientes con enfermedad trofoblástica persistente, se recomienda:

- 1.- Historia, examen físico y neurológico.
- 2.- Rx. de Tórax.
- 3.- Centelograma hepático y cerebral.
- 4.- Pielograma I.V.
- 5.- Determinación de Gonadotrofina Coriónica.
- 6.- Biometria hepática, recuento de plaquetas.
- 7.- Nitrógeno de Urea, Creatinina y Transaminasa.

PRESENTACION DE RESULTADOS

- **Incidencia:** En el año de 1979 en el Hospital Regional de Cobán, A.V., se efectuaron 1502 partos, también 168 legados. Según reportes de patología hubieron un total de 6 casos de Mola Hidatidiforme y 1 caso de Coriocarcinoma. Lo que nos da: 1 mola por cada 250 partos, y una mola por cada 28 legados. Además es de hacerse notar que en este mismo hospital, durante 1978 no se reportó ningún caso de Mola Hidatidiforme, ni Coriocarcinoma, habiéndose efectuado 1278 partos y 50 legados.
- **Prenatal:** Ninguna de las pacientes estudiadas reportó haber llevado control prenatal.
- **Edad:** El promedio de edad encontrado fué de 32 años. Siendo la edad mínima encontrada de 15 años y la mayor de 48 años.
- **Paridad:** La mayor parte de pacientes eran multiparas, encontrándose un promedio de 6 gestas. Solo se encontró 1 paciente primigesta.
- **Motivo de Ingreso:** En 5 casos el motivo de ingreso fué por Hemorragia vaginal (72%). Habiendo 1 caso que consultó por Dolor de Espalda irradiando al abdomen y 1 caso que consultó por dolor de pecho.
- **Edad de Embarazo:** El promedio de edad de embarazo encontrado fué de 15 semanas. Habiendo un caso de 9 semanas y uno de 31 semanas. En este sentido no se puede confiar de los datos, pues las pacientes regularmente no se acuerdan de la fecha de su última regla, o por la barrera que representa el dialecto predominante en la región.

- Diagnóstico de Ingreso: a este respecto 5 casos fueron ingresados con diagnóstico de aborto (72%). 1 caso ingresó con diagnóstico de Infección Urinaria (14%) y 1 caso ingresó con Diagnóstico de Bronquitis Crónica (14%). En 2 casos se puso como Diagnóstico diferencial Aborto Molar (28%).
- Resolución de casos: Todos los casos fueron resueltos por legrado uterino Instrumental, sin ningún otro tipo de medicación, tipo quimioterapia, - Es de hacer notar que en el Hospital Regional de Cobán, no se cuenta con equipo apropiado para poder efectuar legrados por aspiración, ni con medicamentos de los requeridos para este tipo de patología.
- Exámenes de Laboratorio: El único examen de laboratorio - que se efectuó, en todos los casos, fue Hematología. Unicamente en un caso se pidieron 2 muestras de gota gruesa, confirmándose el diagnóstico de Paludismo. Tampoco se cuenta en este Hospital con Reactivos que serían necesarios en estos casos.
- Complicaciones Post-aborto: no se reportó ninguna.
- Diagnóstico de Egreso: 4 casos se les dió egreso con diagnóstico de aborto Molar (57%). 3 casos fueron diagnosticados como aborto Incompleto (43%).
- Controles posteriores: Ninguna paciente tuvo control posterior, solamente a 2 pacientes se les dió cita a consulta externa, a la que no asistieron.
- Estado Civil: A este respecto podemos decir que 4 pacientes eran unidas (57%) y 3 casadas (43%).

- Residencia: En lo que respecta a residencia de pacientes: 2 eran de la ciudad de Cobán (28%), 2 residían en el parcelamiento Las Casas, del municipio de Cahabón (28%), 1 reside en San Cristóbal Verapaz (16%), y 2 residen en el municipio de Purulhá, en el departamento de Baja Verapaz (28%).
- Días de Estancia: El promedio de días de estancia fue de 6 días, habiendo 2 pacientes que solo estuvieron internadas 2 días y una que estuvo 16 días.
- Defunciones: En estancia intrahospitalaria, no se reportó - ninguna defunción.

CONCLUSIONES

- 1.- La Incidencia de Mola Hidatidiforme en el Hospital Regional de Cobán, no es igual con los valores obtenidos anteriormente, a nivel nacional; teniendo un valor medio, en relación con dichos resultados.
- 2.- El diagnóstico de Mola Hidatidiforme fue dado hasta en el legrado al 72% de las pacientes.
- 3.- A ninguna paciente se le estableció tratamiento con quimioterapia. El no seguimiento de las pacientes nos indica que hubo mal manejo de las pacientes. Esto se justifica, si se toma en cuenta que no se cuenta con medios diagnósticos, principalmente de laboratorio, como también que en la farmacia no se cuenta con dota
ción de citostáticos.
- 4.- El seguimiento de pacientes no se efectúa por varias razones, entre las que están:
 - El domicilio de las pacientes, en la mayor parte de casos (72%) eran de fuera de la cabecera departamental, donde se encuentra el hospital.
 - El reporte de Patología no llegue hasta la ficha clínica de la paciente, pues se queda en folder distinto.
 - Hasta este año se organizó consulta externa para el departamento de Maternidad.
- 5.- Se considera casual el resultado de 1 mola por cada 250 partos, encontrado en el Hospital Regional de Co

bán, durante el año 1979; tanto porque un año anterior no se encontró ningún caso, habiéndose efectuado 1276 partos y 50 legrados, como porque en todos los estudios a nivel nacional se han obtenido otros valores.

- 6.- En el tratamiento no se consideró la alternativa de Histerectomía, habiendo algunas pacientes que llenaban requisitos para que dicho procedimiento estuviera indicado. No se efectuó legrado por aspiración por no contar con equipo apropiado.
- 7.- En lo que respecta a edad, paridad y motivo de ingreso, no se encontraron variantes significativas con respecto a resultados de estudios anteriores.

RECOMENDACIONES

- 1.- Dotar de más medios diagnósticos, tanto a nivel de la laboratorio, como radiología y otros, para poder tener un mejor manejo de las pacientes en que se sospeche esta patología.
- 2.- Dotar de medios de tratamiento quimioterapéutico, para poder brindar mejor pronóstico a las pacientes.
- 3.- Efectuar un mejor seguimiento de las pacientes, tanto dando citas de control, como efectuando seguimiento con medios de laboratorio.
- 4.- Efectuar estudios posteriores de incidencia de Mola Hidatidiforme en el Hospital Regional de Cobán, para poder determinar cual es el promedio de esta patología, en lo que a incidencia se refiere, y así poder contar con medios de tratamiento para los casos esperados.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Aramburú Borquez, German. Mola Hidatidiforme en el Centro Infantil del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. 1958.
- 2.- Gihammattei T. Roberto E. Mola Hidatidiforme en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt. 1977. (tesis)
- 3.- Pineda Colon, Jaime A. Mola Hidatidiforme y Coriocarcinoma, (tesis) mayo 1978.
- 4.- González Cajas, Héctor A. Mola Hidatidiforme, (tesis). Noviembre 1978.
- 5.- Robbins, Stanley, Patología Estructural y Funcional. Editorial Interamericana, S. A.
- 6.- D. Golstein. VIII Congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia.
- 7.- Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, Obstetricia y Ginecología (revista) Volumen 38 No. 2. 1979. Editorial Cisne S.A. Págs. 7 a 19.
- 8.- Novak, Edmund R. Tratado de Ginecología, Editorial Interamericana, S. A.
- 9.- Williams, S. Whitriye. Obstetricia. Editorial Hispanoamericana, México. 1873.
- 10.- Schwarcz, Sala y Duverges. Obstetricia. Tercera Edición, Editorial El Ateneo, Argentina. 1977.
- 11.- Andriño, Edgar. Mola Hidatidiforme (tesis) 1978.

Br.

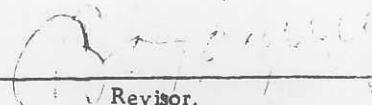


Roberto Valdés Sierra

Asesor.

José M. Meza F.

Dr.



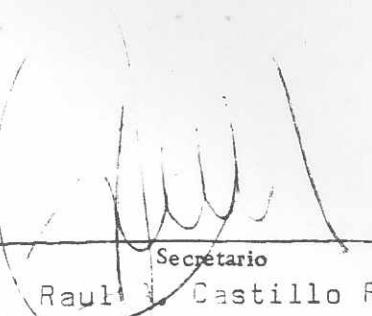
Revisor.

Amilcar Bojorquez

Director de Fase III

ctor V. Nuila E.

Dr.

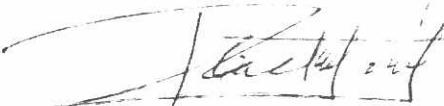


Secretario

Raul

Castillo R.

Dr.



Decano.

Rolando Castillo Montalvo.