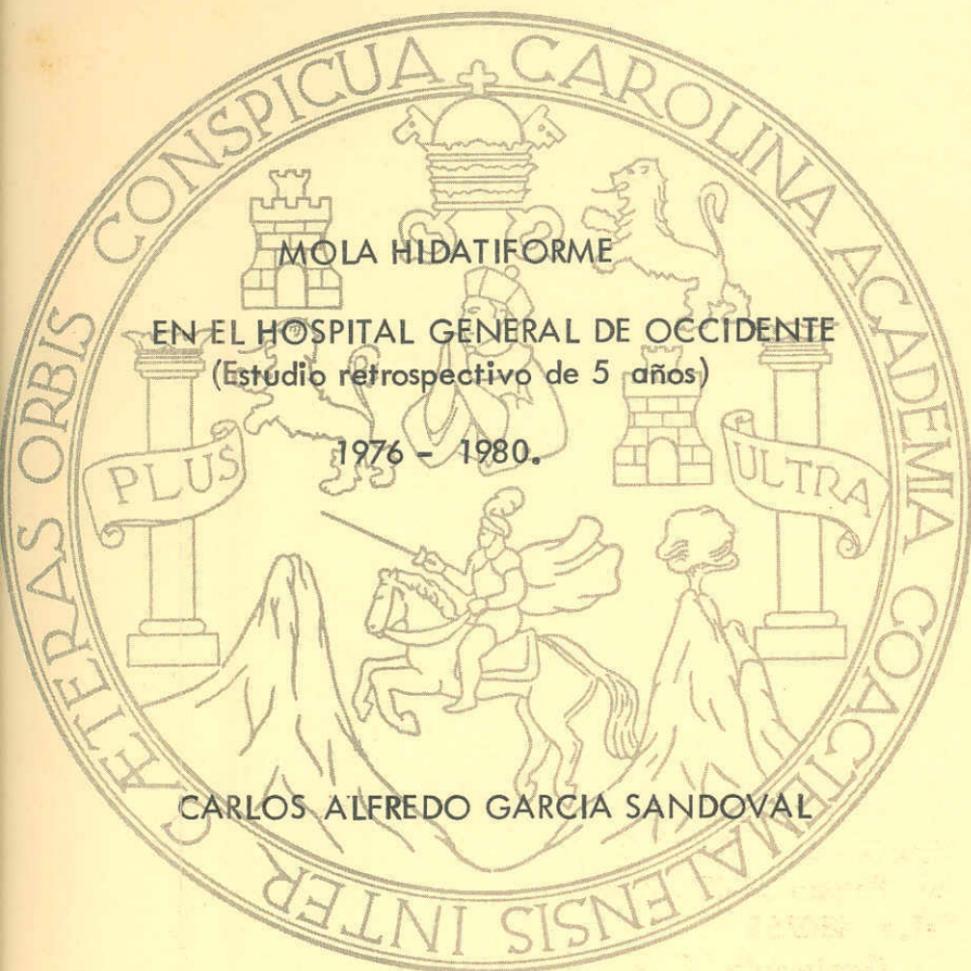


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



MOLA HIDATIFORME

EN EL HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE  
(Estudio retrospectivo de 5 años)

1976 - 1980.

CARLOS ALFREDO GARCIA SANDOVAL

Guatemala, Mayo 1981.

## PLAN DE TESIS

- 1.- INTRODUCCION.
- 2.- ANTECEDENTES.
- 3.- OBJETIVOS.
- 4.- JUSTIFICACIONES.
- 5.- MATERIAL Y METODOS.
- 6.- GENERALIDADES SOBRE MOLA HIDATIFORME.
  - a) Definición.
  - b) Etiología.
  - c) Clasificación.
  - d) Incidencia.
  - e) Factores Asociados.
  - f) Síntomas y signos.
  - g) Métodos diagnósticos.
  - h) Diagnóstico diferencial.
  - i) Tratamiento.
  - j) Método de Control.
  - k) Pronóstico y complicaciones.
- 7.- PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS.
- 8.- CONCLUSIONES.
- 9.- RECOMENDACIONES.
- 10.- BIBLIOGRAFIA.

## INTRODUCCION

El presente trabajo de investigación, constituye un estudio retrospectivo sobre MOLA HIDATIFORME en el Hospital General de Occidente, el cual sera presentado como trabajo de tesis, previa finalización de la carrera de Médico y Cirujano en la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Considerando, que aunque no es muy frecuente esta patología, afortunadamente si constituye un problema ocasional, del cual es importante determinar su incidencia, además de señalar los aspectos más importantes que sobre antecedentes diagnósticos y tratamiento manejan en este hospital.

Este estudio pretende establecer, no sólo la incidencia de Mola Hidatiforme, sino también determinar en que porcentaje la multiparidad, edad avanzada, y estado socio-económico bajo de las pacientes que consultan al H.G.O., estan relacionadas con la aparición de Mola Hidatiforme, además de indicar la procedencia, raza, estado nutricional, hallazgos físicos, medios diagnósticos, tratamiento y complicaciones que más frecuentemente se da en estas mismas pacientes.

Uno de los principales problemas que sobre este estado patológico existe en este hospital, es la dificultad de obtener medios diagnósticos adecuados, que son causa de una mala atención de las pacientes, retrasando o impidiendo establecer el diagnóstico y tratamiento temprano. Se espera entonces que con el presente trabajo se pueda establecer la incidencia de Mola Hidatiforme, principalmente, y a la vez dar a conocer algunos parámetros faltantes que son de importancia para el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad, esperando que en un futuro muy cercano se cuente con ellos en este hospital.

## ANTECEDENTES

En lo que a este estudio concierne, es la primera investigación que sobre Mola Hidatiforme, se tiene en este hospital, sin embargo se han realizado otros estudios en diferentes partes que incluyen los siguientes:

- 1.- Dr. Julio Molina Muñoz. En el I.G.S.S., en el año 1958: Período de 4 años 8 meses (1ro. de Mayo de 1953 al 31 de Diciembre de 1957); con 21,474 embarazos y 32 casos de Mola 1 Mola por 670 embarazos.
- 2.- Dr. Carlos Alberto Vettorazziv. En el Hospital Roosevelt en 1964: Período de 8 años 15 días (15 de Diciembre de 1955 al 31 de Diciembre de 1963); con 24,187 partos y 36 casos de Mola. 1 Mola por 2060 partos.
- 3.- Dr. Eduardo Antonio López Palencia. En el hospital General San Juan de Dios en el año de 1970: Período de 3 años (1ro. de Enero de 1966 al 31 de Diciembre de 1969), con 15,469 embarazos y 52 casos de Mola. 1 Mola por 291 embarazos.
- 4.- Dr. Roberto Giammttei. En el Hospital Roosevelt en 1977. Período de 12 años (1ro. de Enero de 1964 al 31 de Diciembre de 1976); con 16,843 partos y 144 casos de Mola. 1 Mola 1,168 partos.
- 5.- Dr. Hector Antonio González Cajas. En el hospital Nacional de Escuintla en 1978: Período de 1 año 7 meses (1ro. de Enero de 1977 al 31 de Agosto de 1978); con 2,439 embarazos y 16 casos de Mola. 1 Mola por 152 embarazos.

- 6.- Dr. Edgar Rolando Andrino López. En el Hospital Nacional de Huehuetenango en 1978: Período de 5 años (30 de Junio de 1973 al 30 de Junio de 1978); con 6022 embarazos y 15 casos de Mola. 1 Mola por 402 embarazos.
- 7.- Dr. Gustavo Adolfo García Castillo. En el Hospital Nacional de Mazatenango en 1980: Período de 4 años (Enero de 1975 al Diciembre de 1978); con 8465 embarazos y 6 casos de Mola. 1 Mola por 1,404 embarazos.

## OBJETIVOS

### GENERALES:

- 1.- Determinar la incidencia y parametros de causas, diagnóstico, tratamiento, y complicaciones, sobre Mola Hidatiforme en el Hospital General de Occidente.
- 2.- Despertar interes en los lectores, para procurar sean establecidos medios diagnósticos adecuados para esta enfermedad en el Hospital General de Occidente.

### ESPECIFICOS:

- 1.- Determinar en que porcentaje la edad avanzada, la multiparidad, y el estado socio-económico bajo estan relacionados con la aparición de Mola - Hidatiforme en el H.G.O.
- 2.- Determinar que raza esta más relacionada con la aparición de Mola Hidatiforme en el H.G.O.
- 3.- Señalar que procedencia predomina, en la paciente con Mola Hidatiforme en el H.G.O.
- 4.- Señalar el estado nutricional que más frecuentemente presentan las pacientes con Mola en el H.G.O.
- 5.- Indicar sobre que medios se establece el diagnóstico de Mola Hidatiforme en el H.G.O.

- 6.- Conocer el porcentaje de error diagnóstico que hubo en -- relación a Mola Hidatiforme en el H.G.O.
- 7.- Determinar signos y síntomas más importantes que presentaron las pacientes del H.G.O.
- 8.- Establecer cual es el tratamiento utilizado en pacientes con Mola Hidatiforme en el H.G.O.
- 9.- Determinar que complicaciones y en que porcentaje se presentaron en pacientes con Mola Hidatiforme en el H.G.O.
- 10.- Dar a conocer los resultados de los informes histopatológicos practicados a las pacientes con Mola Hitiforme en el H.G.O.

## JUSTIFICACIONES

- 1.- Para cumplir con el programa elaborado por la facultad de Ciencias Médicas, al finalizar la carrera de Médico y Cirujano.
- 2.- Para conocer por vez primera, la incidencia de Mola Hidatiforme en el departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital General de Occidente.
- 3.- Para poder conocer cuales son los factores que contribuyen o predisponen a la aparición de Mola Hidatiforme, al manejo y tratamiento de la misma, en el Hospital General de Occidente.
- 4.- Para señalar algunos de los principales obstáculos, que retrasan o impiden establecer un diagnóstico y tratamiento temprano en este hospital.

## MATERIAL METODOS Y RECURSOS

### 1.- RECURSOS HUMANOS:

- 1.1. Médico asesor y revisor.
- 1.2. Médico investigador.
- 1.3. Personal de depto. de archivos médicos del Hospital General de Occidente.

### 2.- RECURSOS FISICOS:

#### 2.1. Instalaciones.

- 2.1.1. Hospital General de Occidente.
- 2.1.2. Departamento de Archivos Médicos.
- 2.1.3. Bibliotecas.
  - 2.1.3.1. U.S.A.C.
  - 2.1.3.2. H.G.O.
  - 2.1.3.3. Otras...

#### 2.2. Otros

- 2.2.1. Historias clínicas de archivos médicos del depto. de Gineco-obstetricia (1976-1980)
- 2.2.2. Literatura existente al respecto.
- 2.2.3. Papeletas diseñadas a propósito de la investigación.
- 2.2.4. Máquina de escribir.
- 2.2.5. Papelería.

### MATERIAL:

Las madres que presentaron Mola Hidatiforme en el departamento de Gineco-Obstetricia, del Hospital General de Occidente en el período comprendido del año 1976-1980.

METODO:

- 1.- Deductivo
- 2.- Se procedera a investigar en el departamento de archivos médicos del Hospital General de Occidente, todas las papeletas del departamento de Gineco-Obstetricia que tienen diagnóstico de Mola Hidatiforme, y que comprenden del 1ro. de Enero de 1976 al 31 de Diciembre de 1980. Con esto se quiere establecer la incidencia de esta patología, además de señalar edad, procedencia, raza, estado nutricional y socio-económico, antecedentes obstetricos, forma de establecer el diagnóstico, tratamiento y complicaciones, y otras características de esta enfermedad, para hacer también estudio comparativo con otras investigaciones similares.

Para este fin se han diseñado las respectivas papeletas, en las que seran anotados todos estos datos.

Posteriormente toda la información obtenida será estudiada, interpretada, analizada y tabulada para llegar a conclusiones concretas, por medio del método estadístico.

GENERALIDADES

DEFINICION

La Mola Hidatiforme es una afección caracterizada por la distensión de las vellosidades coriales por líquido, semejando vesículas botriodes, las cuales varían su tamaño entre unos milímetros y de 2 a 3 cms., de diametro aproximadamente. En la mayoría de los casos se desarrolla dentro del útero pero puede ocurrir en cualquier sitio de embarazo ectópico.

A menudo toda la cavidad uterina esta llena de tejido molar vesicular, pero en otras ocasiones esta afectada solamente una pequeña parte de la placenta.

La forma característica de presentarse es en pequeños grupos de vesículas, las que cuelgan de delgados pediculos semejando un racimo de uvas. las características microscópicas principales comprenden: a) Proliferación del trofoblasto de revestimiento de las vellosidades. b) Edema intenso y agrandamiento de las vellosidades, y c) desaparición o extrema rareza de vasos sanguíneos en las vellosidades.

Aunque por lo general las dos capas del trofoblasto presentan proliferación, el proceso puede estar limitado sobre todo al sincitio. Raramente puede existir un pequeño feto además de la Mola, y la afección se llama Mola Hidatiforme Parcial, esto secundario a que no estan afectadas algunas vellosidades, permitiendo suficiente vascularización para mantener la vida del embrión y del feto por un período más o menos largo.

Histológicamente las vellosidades coriales se llenan de un material mucoso, teniendo los grandes en su centro una cavidad quística conteniendo un líquido claro con Mucina, agua sales, y albumina; con 123 meq/lit. de Na.; 1 gmo. % ml. de proteínas y altas concentraciones de potasio y fosforo.

## ETIOLOGIA

Básicamente no se conoce el origen exacto de la Mola Hidatiforme.

Anteriormente se consideraba más como una lesión degenerativa, que neoplasia. Sin embargo, en 1895 MARCHAND demostró que la característica fundamental es la proliferación del trofoblasto, opinión que se mantiene actualmente. La Mola puede considerarse como una gestación patológica, con un defecto primario que es un huevo frustrado.

HERTIG, sugiere que la Mola resulta de acumulación de líquido después de agenesia completa o degeneración temprana -- del sistema cardiovascular embrionario en la tercera a quinta semana; pareciendo esencial para la formación de líquido la continua circulación materna, ausencia de la fetal, con trofoblasto funcional.

PARK, sugiere que la causa principal de enfermedad Molar es un trofoblasto anormal, con hidropesía secundaria y muerte del feto.

Las enfermedades genitales y generales de la gestante parecen no tener importancia etiológica en la Mola Hidatiforme, sin embargo recientemente se discute la posibilidad de una genesis tóxica-infecciosa. Así, en 2 de 3 mujeres con esta enfermedad, pudo BLEYER comprobar una toxoplasmosis latente o crónica.

Actualmente se piensa que existe normalmente, un sistema inmunológico de Antígeno-Anticuerpo que frena e impide la pro-

liferación 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, atri buyendoselo, aunque difícil de comprobar, a una falla inmuno lógica.

### CLASIFICACION

La unión internacional contra el cáncer, ha propuesto la siguiente clasificación para la enfermedad trofoblástica:

- |                          |   |                     |
|--------------------------|---|---------------------|
| Enfermedad Trofoblástica | } | 1) Gestacional      |
|                          | } | 2) No Gestacional.  |
| Diagnóstico Clínico      | } | 1) No Metastática.  |
|                          | } | 2) Metastática:     |
|                          |   | a) Local (pelviano) |
|                          |   | b) Extrapelviano.   |
| Diagnóstico Morfológico  | } | 1) Mola Hidatiforme |
|                          |   | a) No Invasora.     |
|                          |   | b) Invasora.        |
|                          | } | 2) Coriocarcinoma.  |
|                          | } | 3) Incierto.        |

Cabe mencionar una sub-clasificación en base a su degeneración y es así:

**MOLA TOTAL:** Si esta tomado todo, el complejo ovular.

**MOLA PARCIAL:** Si esta tomada parte de la placenta.

**MOLA HUECA:** Si presenta alguna cavidad.

**MOLA LLENA:** Si no presenta cavidad.

**MOLA EMBRIONADA:** En ocasiones excepcionales, al presen-

tar zonas placentarias normales, puede atrofiarse o conservar su vitalidad.

### INCIDENCIA

La incidencia de Mola Hidatiforme varia significativamente, de acuerdo a las distintas regiones, así se ha encontrado; en U.S.A. 1 Mola por 2500 embarazos; (NOVAK); Inglaterra 1 Mola por 2000 embarazos (JEFFOCATE); Holanda 1 Mola por 1071 embarazos (DE SNOO); en contraposición con Filipinas 1 Mola por 173 embarazos (ACOSTA); y México 1 Mola por 200 embarazos (MARQUEZ).

Estas cifras hacen pensar que de alguna manera la incidencia en estos países (Filipinas y México), están relacionadas con el bajo nivel socio-económico.

Una Mola Hidatiforme coexiste con un feto aproximadamente en un embarazo de cada 12000. Después la fecundidad y los partos suelen ser normales. Según YEN y Mac Mahon - la probabilidad de repetición de una Mola Hidatiforme es 40 veces mayor que la incidencia en la población general. CHESLEY encontró que estadísticamente la Mola sucesiva es mayor que la intercalada con embarazos normales.

### INCIDENCIA DE MOLA

1.-	Jimi-Takao	Japón	1 por 4800 emb.
2.-	Novak	U.S.A.	1 por 2500 emb.
3.-	Jeffocate	Inglaterra	1 por 2000 emb.
4.-	de Snoo	Holanda	1 por 1071 emb.
5.-	Cabrera	Chile	1 por 879 emb.

6.-	King	Hong Kong	1 por 530 emb.
7.-	Rao	India	1 por 361 emb.
8.-	Marquez	México	1 por 200 emb.
9.-	Acosta	Filipinas	1 por 173 emb.
10.-	Wei-Ouyang	Taiwan	1 por 125 emb.

\* En antecedentes puede observarse las diferentes incidencias que sobre Mola Hidatiforme han presentado los distintos estudios nacionales.

## FACTORES ASOCIADOS

En varios estudios realizados, la mayoría en países en vías de desarrollo, las cifras obtenidas hacen pensar que la elevada incidencia de Mola Hidatiforme, esta de alguna manera relacionada con el bajo nivel socio-económico, lo que viene a comprobar repetidamente la elevada frecuencia de enfermedad trofoblástica con mala nutrición, embarazos múltiples y de edad joven o más frecuentemente avanzada.

La edad ejerce su mayor influencia en las mujeres de más de 45 años, en las cuales la frecuencia relativa de la lesión es más de 10 veces mayor que entre los 20 y 40 años.

Hay una elevada frecuencia de enfermedad trofoblástica en personas con mala nutrición. Es en el grupo de mujeres de nivel socio-económico más bajo, casi con ausencia de proteínas en la dieta donde es más frecuente observar el proceso.

De ahí que, una dieta inadecuada y en particular una deficiencia proteínica se sugiere como la causa de Mola Hidatiforme.

## SINTOMAS Y SIGNOS

Inicialmente en el desarrollo de la Mola Hidatiforme no existen signos que la distinguan de un embarazo normal. El síntoma clínico principal es la HEMORRAGIA, que varia desde unas pequeñas señales hasta una hemorragia profusa y que generalmente se presenta al 3er. ó 4to. mes del embarazo, pudiendo ser continua o intermitente, líquida y roja generalmente. Secundario a esto es que son muy frecuentes las anemias.

Los exámenes revelan que el tamaño del útero es mayor que el que normalmente correspondería para esa fase de la gestación. Hay los síntomas subjetivos del embarazo, frecuentemente con tóxemias de primer trimestre y tirotoxicosis en ocasiones.

La expulsión espontánea sobreviene con especial frecuencia hacia los 4 meses y es raro que se retrase más allá del 7to. mes. En un estudio realizado por SMAIBRAAK, de 72 casos de Mola Hidatiforme, el promedio de duración del embarazo fue de 18 semanas.

Frecuentemente se presenta infección uterina secundaria a un período de amenaza de aborto con cuello uterino abierto, hemorragia, y una masa poco vascularizada en el útero. La hiperemesis es mas frecuente, y probablemente más intensa y persistente que en un embarazo normal.

Es frecuente encontrar Preeclampsia en el 2do. trimestre de las gestaciones molares, lo cual no ocurre con un embarazo normal, sino en otra etapa más tardía, por lo que la aparición de una preeclampsia grave o de una eclampsia antes de la 24 semanas, sugiere una Mola Hidatiforme.

El dolor constituye a veces un síntoma importante, en especial si acompaña a un rápido crecimiento uterino. En muchos casos de Mola los ovarios tienen numerosos quistes luteínicos, cuyo tamaño oscila desde microscópico hasta 10 cms. o más de diámetro. Su incidencia es del 25 al 60%.

Después de la 16 semana de embarazo al examen se pueden encontrar los siguientes signos de Mola:

- a) Falta de movimientos fetales.

- b) No se palpan partes fetales.
- c) No se ausculta foco fetal.
- d) Se puede encontrar formación de segmento precoz y cuello cervical dilatado.
- e) Falta de esqueleto fetal a los rayos X.

## METODO DIAGNOSTICO

### CLINICO

Con frecuencia solo se diagnostica la Mola Hidatiforme al observar la expulsión del producto, donde las clásicas vesículas lo hacen evidente.

La aparición de hemorragia vaginal y el tamaño desproporcionadamente grande del útero hacen sospechar una Mola Hidatiforme; y más aún cuando se presenta un útero que corresponde a un embarazo de 5 ó 6 meses, ausencia de movimientos fetales y de foco fetal, ausencia de partes fetales a la palpación y falta de estructuras óseas (esqueleto fetal) a los rayos X.

Sin embargo, debe también sospecharse Mola en embarazos asociados a hiperemesis gravidica, preeclampsia y eclampsia y aparición de quistes de la teca luteinica de los ovarios.

Los datos positivos tiene valor, pero los resultados negativos pueden ocasionar errores.

### ULTRASONIDO

La mayor precisión diagnóstica se obtiene con la ecografía, que además dá seguridad, haciendo del ECOGRAMA,

el método de elección, siempre que pueda disponerse de él.

La gran ventaja que ofrece este medio, es que no ocasiona ninguna molestia a la paciente. Es inocuo, ya que las ondas utilizadas son de muy baja frecuencia y no se utiliza energía ionizante, por lo que la madre y el feto no reciben radiación.

El método consiste en enviar las ondas ultrasonicas sobre el útero, las cuales se reflejan y son captadas por una pantalla que reproduce una imagen característica puntiforme que indica ausencia del feto.

### RAYOS X

Los rayos X constituyen en los hospitales del país uno de los medios diagnósticos más usuales, útiles y a veces únicos. Generalmente después de la 18 semana, una placa simple de abdomen comprobara el diagnóstico de Mola Hidatiforme, al no visualizar estructuras óseas (esqueleto fetal).

Al presentarse Mola Embrionada, la interpretación puede ser dudosa.

### RADIOGRAFIA CONTRASTADA

La inyección intrauterina por vía transabdominal de una substancia opaca como HYPaque, permite obtener una radiografía completamente característica de Mola Hidatiforme, observandose los clásicos espacios que semejan un "panal de abeja" lo cual confirma el diagnóstico.

La técnica consiste en introducir en la porción inferior del útero, una aguja de raquianestesia No. 18 por vía transabdominal del ombligo. Luego de aspirar líquido, se inyecta de 20 a 30 ml. de HYPaque, se extrae la aguja y 5 min. después se toman rayos X ap. y lat. de abdomen.

### PUNCION BIOPSIA

Se efectua la punción del útero por debajo del ombligo posteriormente se aspira fuerte para obtener material. El material obtenido se observa inmediatamente sin preparación alguna con microscopio, pudiéndose observar, si es que se trata de una Mola Hidatiforme, las vellosidades coriales con degeneración hidropica.

### HORMONAL

Siempre que se sospeche enfermedad Molar, es obligado obtener la determinación cuantitativa de Gonadotropina Corionica (HCG).

En el embarazo normal, en los primeros meses hay aumento de HCG, la cual puede demostrarse en suero, orina y L.C.R. Normalmente del 50 al 80 día, hay un brusco máximo de producción de HCG, de manera que la orina puede tener cantidades de HCG tan elevadas como en muchos casos de Mola. Los embarazos gemelares o supernumerarios pueden ocasionar un título extraordinariamente alto.

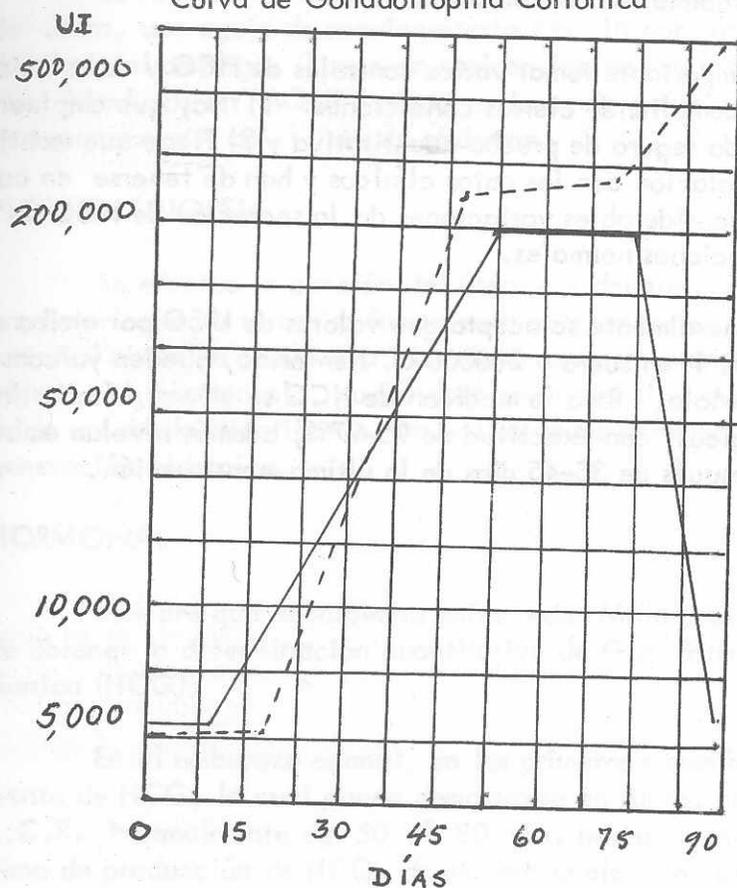
Pasados 100 días del último período menstrual, descien de rápidamente la HCG, manteniéndose así hasta finalizar el embarazo; sin embargo, a veces persisten cifras altas o que van aumentando, constituyendo un importante signo de creci-

miento anormal del trofoblasto.

Es importante tomar varios controles de HCG y correlacionarlos, cumpliendo ciertas condiciones: 1) Hay que emplear un método seguro de prueba cuantitativa y 2) Tiene que existir una correlación con los datos clínicos y han de tenerse en cuenta las considerables variaciones de la secreción de HCG en las gestaciones normales.

Generalmente se acepta que valores de HCG por arriba de 60000 U. l en suero y 200000 U. l en orina, pueden ya considerarse Mola. Para la medición de HCG se utilizan métodos inmunológicos, con exactitud de 95-97%, además revelan embarazos después de 35-45 días de la última menstruación.

GRAFICA No. 1  
Curva de Gonadotropina Corionica



Línea continua: Embarazo normal

Línea de guiones: Embarazo molar

### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

#### AMENAZA DE ABORTO

La hemorragia se instala en un período de amenorrea y de normalidad evolutiva de embarazo, siempre presenta dolores ocasionados por las contracciones uterinas.

#### ABORTO FRUSTRADO

El diagnóstico diferencial con la mola muerta puede ser difícil. Generalmente las dos presentan un útero más pequeño que el correspondiente a la amenorrea, y en ambas la hormona gonadotropica esta baja.

#### ABORTO INCOMPLETO

La hemorragia con el aborto incompleto suele ser persistente y más bien abundante. El examen bimanual, en el cual se puede comprobar aumento del útero, que a menudo se acompaña de reblandecimiento y dilatación del conducto cervical; es lo que más garantía ofrece para efectuar un buen diagnóstico diferencial.

#### EMBARAZO ECTOPICO

Típicamente ofrece una historia de retrasomenstrual, seguido de hemorragia persistente y casi siempre escasa el tamaño del útero es menor que el de la gestación. Se palpa un solo tumor doloroso al lado del útero, correspondiente a la localización ectopica de la gestación.

## EMBARAZOS MULTIPLES

El útero esta mucho más aumentado que el que corresponden al tiempo de amenorrea, aunque se palpa polos fetales y se ausculta foco fetal. Es en los primeros meses donde el diagnóstico suele ser difícil, ya que a veces cuesta palpar partes fetales y oír foco fetal.

## INSERCIÓN BAJA DE PLACENTA

El tamaño del útero esta en relación con la amenorrea la hemorragia aparece después del quinto mes, y generalmente se presenta brusca, indolora, intermitente, progresiva y roja.

## DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA

La hemorragia se presenta después del quinto mes, siendo de color negro y escasa. El útero esta contracturado y acompañado de dolor abdominal.

## EMBARAZO MAS FIBROMA

El útero puede estar aumentado de tamaño, pero generalmente corresponde a la amenorrea, siendo blandas sus paredes y presentando irregularidad en su contorno. Suele presentar metrorragia.

## EXCESO DE VOLUMEN FETAL

En los casos donde se presente un feto grande, ayudará la investigación de antecedentes médicos (diabetes, padres

corpulentos, partos anteriores con fetos grandes), confirmando-se con rayos X.

## POLIHIDRAMNIOS

Se palpa el feto con sensación de onda líquida y peloteo fetal, hay latidos fetales.

## TRATAMIENTO

Una vez se haya establecido el diagnóstico de Mola Hidatiforme, el tratamiento de elección es la evacuación cuidadosa del útero por estimulación de Pitocin o por cirugía.

La histerectomía parece justificable cuando la paciente ha tenido los hijos deseados y es de edad madura, ya que las mujeres de edad avanzada tienden más a degeneración maligna. El vaciamiento vaginal debe efectuarse por aspiración preferentemente o con legrado no cortante. Es importante el cuidado que se debe tener de no perforar el útero, pues frecuentemente se encuentra blando y delgado.

Cuando la Mola es expulsada espontáneamente o por histerotomía, es esencial efectuar el legrado uterino. En la histerotomía el raspado se efectúa al mismo tiempo, recordando siempre que es importante tomar una pequeña muestra para efectuar el correspondiente estudio histopatológico.

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

## METODOS DE CONTROL

A de usarse un método de control hormonal de HCG a todas las pacientes después de haber expulsado Mola. Se hara control de HCG 2 veces por semana durante los dos meses siguientes. Más adelante hay que practicar la prueba una vez al mes durante todo un año. Es necesario tomar -- una radiografía de tórax de referencia, inmediatamente después de haber expulsado la Mola.

Aunque la HCG del suero se vuelva negativa transcurrida una semana después de una gestación normal, no sucede así cuando se trata de una Mola. DELFS, observo que los niveles de HCG del suero se negativizaban en la mitad de los pacientes alrededor de la 3era. 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 raspado de estos se pone de manifiesto un trofoblasto maligno, esta indicada la quimioterapia. El tratamiento de elección es el Metotrexate a dosis promedio de 25 mg. IV., diarios durante 5 días, seguida de una semana de descanso en la cual se obtiene valoraciones cuantitativas, repetidas de HCG. Si el nivel sigue bajo se administraran series repetidas de Metotrexate hasta que el título, sea negativo durante un año.

Si hubiera intoxicación medicamentosa (complicación hepática, renal, de medula ósea, estomatitis, alopecia, úlceras gástricas) se usara la Actinomicina D a dosis de 7-10 mg./Kg. de peso.

La tendencia actual es de dar tratamiento quimioterapico para el coriocarcinoma, pues HERTZ encontro igual remisión-64% en pacientes con tratamiento quimioterapico y quirúrgico.

## PRONOSTICO Y COMPLICACIONES

El pronóstico del proceso puede considerarse fatal para el embrión (casi el 100%) y grave para la madre, anteriormente la mortalidad materna representaba hasta un 10%, actualmente esta cifra queda reducida casi a cero. Las causas anteriores -- del pronóstico (10% de mortalidad) radican en las reiteradas hemorragias, toxemia, perforación y la posible evolución hacia el coriocarcinoma.

La mayoría de autores actualmente estan de acuerdo en -- que la incidencia de transformación de una Mola en Coriocarcinoma varia de un 2 a un 8%, cifra que sube rapidamente en las mujeres de edad avanzada, A veces pueden pasar años entre la presentación de una Mola y el desarrollo de un Coriocarcinoma. Según SHUN, la posibilidad de malignidad aumenta en un 7.9% después de cada Mola.

PRESENTACION DE CASOS

ESTADISTICA OBSTETRICA:

CUADRO No. 1

Año	Partos Es. Ds.	Cesareas	# partos/Año
1976	1296-209	163	1505
1977	1687-305	192	1992
1978	1462-328	246	1790
1979	1678-406	276	2084
1980	1830-483	394	2313
Total	7953-1731	1271	9684

CUADRO No. 2

Año	Abortos
1976	352
1977	390
1978	326
1979	440
1980	365
Total	1873

CUADRO No. 3

Total de 5 años                      Promedio por año

P.E.S.	7953	1590
P.D.S.	1731	346
Cesareas	1271	254
Abortos	1873	374
Total	12828	---

CUADRO No. 4

	1976	1977	1978	1979	1980	Prom. por año
Mola	1	5	2	4	7	3.8

CUADRO No. 5

Mola	/	Embarazos
1	/	509

CUADRO No. 5 "A"

Procedencia

Area Urbana = 2

Area Rural = 17

CUADRO No. 5 "B"

Raza

Ladina = 9

Indigena = 10

CUADRO No. 5 "C"

Estado Nutricional

Bueno 2 Regular 4 Malo 11 Sin Especificarse 2

CUADRO No. 5 "D"

Estado Socio-Económico

Bueno 0 Malo 14 Sin Especificar 5

CUADRO No. 6

Edad y Antecedentes Obstetricos

Casos	Edad	Gestos	Para.	Abortos
# 1	24	6	5	0
# 2	23	2	1	0
# 3	17	1	0	0
# 4	35	6	4	1
# 5	34	5	4	0
# 6	35	8	7	0
# 7	26	4	3	0
# 8	18	3	2	0
# 9	25	4	2	1
# 10	32	14	13	0
# 11	23	6	5	0
# 12	36	7	6	0
# 13	26	5	4	0
# 14	33	11	10	0
# 15	20	5	4	0
# 16	19	3	1	1
# 17	25	4	3	0
# 18	25	3	2	0
# 19	25	4	1	2
Promedios	27	5	4	0.2

MOTIVO DE CONSULTA

- Caso No. 1 Hemorragia Vaginal de 20 días de evolución y expulsión de masa de media hora de evolución.
- Caso No. 2 Dolor abdominal bajo de 6 meses de evolución.
- Caso No. 3 Hemorragia Vaginal 10 horas de evolución.
- Caso No. 4 Hemorragia Vaginal 1 mes de evolución.
- Caso No. 5 Hemorragia Vaginal 2 meses de evolución.
- Caso No. 6 Hemorragia Vaginal 8 días de evolución.
- Caso No. 7 Hemorragia Vaginal 2 meses de evolución.
- Caso No. 8 Hemorragia Vaginal 4 días de evolución.
- Caso No. 9 Hemorragia Vaginal 15 días de evolución.
- Caso No. 10 Hemorragia Vaginal 20 días de evolución.
- Caso No. 11 Hemorragia Vaginal 33 días de evolución.
- Caso No. 12 Hemorragia Vaginal 2 días de evolución.
- Caso No. 13 Contracciones de 8 días de evolución.
- Caso No. 14 Hemorragia Vaginal 15 días de evolución.

- Caso No. 15 Hemorragia Vaginal y dolor tipo parto de 10 horas de evolución.
- Caso No. 16 Hemorragia Vaginal 3 días de evolución.
- Caso No. 17 Dolor abdominal y hemorragia vaginal de 15 horas de evolución.
- Caso No. 18 Hemorragia Vaginal de 4 días de evolución.
- Caso No. 19 Hemorragia Vaginal de 15 días de evolución.

IMPRESION CLINICA DE INGRESO

- Caso No. 1 Mola Hidatiforme.
- Caso No. 2 a) Hipertensión Arterial, b) Masa en Hipogastrico de Etiol, c) Infección Urinaria, d) Anemia.
- Caso No. 3 Mola Hidatiforme.
- Caso No. 4 Mola Hidatiforme.
- Caso No. 5 Aborto Incompleto.
- Caso No. 6 a) Amenaza de Aborto, b) Aborto en curso.
- Caso No. 7 Aborto Frustrado.
- Caso No. 8 Amenaza de Aborto

- Caso No. 9 Aborto Incompleto.
- Caso No. 10 a) Embarazo: 25 semanas por altura uterina  
b) Amenaza de Aborto, c) Hipertensión E-  
tiol., d) Cistocele II. y e) Rectocele I.
- Caso No. 11 a) Embarazo 25 semanas por altura uterina  
b) Descartar Mola Hidatiforme. c) Anemia.
- Caso No. 12 Mola Hidatiforme.
- Caso No. 13 a) Amenaza de Aborto, b) Aborto Fallido,  
c) Descartar Mola Hidatiforme.
- Caso No. 14 Placenta Previa.
- Caso No. 15 Mola Hidatiforme.
- Caso No. 16 a) Mola Hidatiforme, b) Aborto Diferido.
- Caso No. 17 a) Amenaza de Aborto, b) Aborto en Curso.
- Caso No. 18 a) Aborto Incompleto b) Mola Hidatiforme.
- Caso No. 19 a) Preeclampsia Moderada, b) Mola Hidati-  
fome, c) Quiste Ovarico y d) Anemia.

#### SIGNOS ENCONTRADOS AL EF DE INGRESO

- Caso No. 1 Abdomen: negativo. EG Utero aumentado  
de tamaño, abundante hemorragia con restos  
de tejidos fetales.

- Caso No. 2 Abdomen: doloroso en hipogastrio y fosas -  
ilíacas. EG: útero aumentado de tamaño, -  
orificios abiertos, secreción sanguinolenta -  
fetida.
- Caso No. 3 Abdomen: doloroso a la palpación. EG: ú-  
tero aumentado de tamaño, orificios abiertos.
- Caso No. 4 Abdomen: globoso, con masa no foco fetal  
ni partes fetales. EG: útero aumentado de -  
tamaño, orificios cerrados.
- Caso No. 5 Abdomen: útero aumentado de tamaño, no -  
se ausculta foco fetal y sí placentario. EG:  
orificios abiertos, se palpan nódulaciones --  
blandas en cuello, útero aumentado.
- Caso No. 6 Abdomen: globoso, embarazo franco, con--  
tracciones uterinas c/5 min. EG: útero au--  
mentado de tamaño, orificio externo abierto  
e interno entre abierto.
- Caso No. 7 Abdomen: útero aumentado de tamaño y ocu-  
pado, no foco fetal. EG: orificios abiertos,  
cervix expulsa material fetido.
- Caso No. 8 Abdomen: no foco fetal. EG: útero aumenta-  
do de tamaño, orificios cerrados, y moderada  
hemorragia vaginal.
- Caso No. 9 Abdomen: masa dolorosa en hipogastrio. EG:  
útero aumentado de tamaño, orificios abiertos,  
secreción serosanguinolenta.

- Caso No. 10 Abdomen: ocupado por útero gravido, no fo  
co fetal EG: Utero aumentado de tamaño, -  
orificios abiertos.
- Caso No. 11 Abdomen: útero ocupado, no foco fetal. --  
EG: útero aumentado de tamaño, orificios -  
abiertos.
- Caso No. 12 Abdomen: negativo. EG: Hemorragia vagi  
nal abundante con salida de vesiculas claras  
en racimos orificios abiertos.
- Caso No. 13 Abdomen: ocupado por útero gravido, no fo  
co fetal EG: útero aumentado de tamaño -  
orificios cerrados.
- Caso No. 14 Abdomen: globuloso ocupado por útero gra  
vido. EG: orificios entre abiertos, útero -  
aumentado de tamaño.
- Caso No. 15 Abdomen: doloroso en Hipogastrio y Meso--  
gastrio. EG: útero aumentado de tamaño, -  
hemorragia leve, orificios abiertos.
- Caso No. 16 Abdomen: globuloso no partes fetales, ni fo  
co fetal. EG: útero aumentado de tamaño -  
orificios abiertos.
- Caso No. 17 Abdomen: negativo. EG: útero aumenta--  
do de tamaño, hemorragia con restos molares.

- Caso No. 18 Abdomen: ocupado por útero gravido. EG:  
útero aumentado de tamaño, hemorragia con  
contenido molar.
- Caso No. 19 Abdomen: globuloso, no foco fetal, ni par  
tes fetales. EG: útero aumentado de tama  
ño, orificios entre abiertos.

CUADRO No. 7

Signos y Síntomas

	Hemorragia Vaginal	Utero Aumentado de tamaño	Orificios		No. No ff po los fe tales
			cerrados	abiertos	
Número de ca- sos	18	19	3	13	19 3

\* Respecto a signos y síntomas, al no coincidir con el número to  
tal de casos, es porque en la Historia Clínica no específica.

## METODOS DIAGNOSTICOS UTILIZADOS

El diagnóstico de Mola Hidatiforme se establece al observar la expulsión del producto, sin embargo, este es eminentemente clínico, de ahí la importancia de que todo médico sospeche la enfermedad, de acuerdo a los signos y síntomas que logre encontrar en la historia clínica y examen físico de cada paciente, y posteriormente comprobarlo por medio de los distintos medios diagnósticos.

En el Hospital General de Occidente se cuenta con rayos X Gravindex.

La forma como se estableció el diagnóstico en los distintos casos fue la siguiente:

- Caso No. 1 Mediante la observación de una masa llena de pequeñas vesículas, que expulso media hora antes de su ingreso. Diagnóstico Accidental.
- Caso No. 2 Cuatro meses antes fue operada en Hospital de Coatepeque (Histerotomía por Mola) diagnóstico por antecedentes.
- Caso No. 3 Cuatro horas antes de ingreso, expulso una masa de 20 cms., de diametro, compatible con Mola Hidatiforme, Diagnóstico accidental.

- Caso No. 4 Clínico desde su ingreso y por recuento de HCG sucesivos, confirmandose posteriormente por cirugía, diagnóstico clínico.
- Caso No. 5 Por sospecha clínica y por recuento de HCG se efectuó L.U.I. donde se confirmó. diagnóstico clínico.
- Caso No. 6 Durante examen ginecológico en servicio expulso restos molares, confirmandose diagnóstico posteriormente por L.U.I. diagnóstico accidental.
- Caso No. 7 Durante evaluación ginecológica en servicio expulso masa en racimo de uvas, confirmandose diagnóstico posteriormente por L.U.I. diagnóstico accidental.
- Caso No. 8 Mediante examen de rayos X que no mostro estructuras óseas y por sospechas clínicas confirmandose posteriormente por cirugía. diagnóstico accidental.
- Caso No. 9 En examen ginecológico en servicio, expulso abundantes coagulos y vesículas, confirmandose diagnóstico posteriormente por L.U.I. diagnóstico accidental.
- Caso No. 10 Se inicio inducción con Occitocicos (sintocynon) expulsando Mola Hidatiforme Incompleta y luego L.U.I diagnóstico accidental.

- Caso No. 11 Por sospecha clínica y recuento sucesivo de -HGC, confirmandose posteriormente el diagnóstico por L.U.I. diagnóstico clínico.
- Caso No. 12 Durante evaluación ginecológica en servicio expulsa vesículas claras y en racimo de uvas, confirmandose posteriormente el diagnóstico por L.U.I. diagnóstico accidental.
- Caso No. 13 Tres días después de su ingreso y de tratamiento como amenaza de aborto, se diagnóstico por L.U.I. diagnóstico accidental.
- Caso No. 14 Al efectuarse examen ginecológico en servicio, expulso gran cantidad de vesículas claras, confirmandose posteriormente el diagnóstico por L.U.I. diagnóstico accidental.
- Caso No. 15 Se efectuó diagnóstico clínico desde su ingreso, confirmandose posteriormente por L.U.I. diagnóstico clínico.
- Caso No. 16 Se efectuó diagnóstico clínico desde su ingreso y fue confirmado posteriormente por examen de rayos X (no se visualizó esqueleto fetal), y por L.U.I. diagnóstico clínico.
- Caso No. 17 Durante el examen ginecológico de ingreso -expulso restos molares, confirmandose posteriormente el diagnóstico por L.U.I. diagnóstico accidental.

- Caso No. 18 Durante examen ginecológico en servicio expulso abundantes restos molares, confirmandose posteriormente el diagnóstico por L.U.I. diagnóstico -accidental.
- Caso No. 19 Se efectuó diagnóstico clínico desde el ingreso y se confirmó posteriormente por examen de rayos X (no se visualizó esqueleto fetal), y por L.U.I. diagnóstico clínico.

#### TRATAMIENTO EMPLEADO E INFORME PATOLOGICO

- Caso No. 1 a) Legrado Uterino Instrumental.  
b) Informe patología: ninguno.
- Caso No. 2 a) Histerectomía total abdominal.  
b) Informe patología: Mola Hidatiforme.
- Caso No. 3 a) Legrado uterino instrumental.  
b) Informe patología: Mola Hidatiforme.
- Caso No. 4 a) Histerectomía y salpingectomía bilateral.  
b) Informe patología: Mola Hidatiforme.
- Caso No. 5 a) Legrado uterino instrumental.  
b) Informe patología: Mola Hidatiforme.
- Caso No. 6 a) Legrado uterino instrumental.  
b) Informe patología: Ninguno.
- Caso No. 7 a) Legrado uterino instrumental.  
b) Informe patología: Mola Hidatiforme.
- Caso No. 8 a) Inducción con Occitocicos (Sintocynon).  
b) Histerectomía y Salpingooforectomía izquierda.  
c) Informe patología: Ninguno.
- Caso No. 9 a) Legrado uterino instrumental.  
b) Informe patología: Ninguno.

- Caso No. 10 a) Legrado uterino instrumental.  
b) Informe patología: Mola Hidatiforme.
- Caso No. 11 a) Legrado uterino instrumental.  
b) Informe patología: Ninguno.
- Caso No. 12 a) Legrado uterino instrumental.  
b) Informe patología: Mola Hidatiforme.
- Caso No. 13 a) Legrado uterino instrumental y por aspiración.  
b) Informe patología: Mola Hidatiforme.
- Caso No. 14 a) Legrado uterino instrumental.  
b) Informe patología: Ninguno.
- Caso No. 15 a) Legrado uterino instrumental.  
b) Informe patología: Mola Hidatiforme.
- Caso No. 16 a) Legrado uterino instrumental.  
b) Informe patología: Mola Hidatiforme.
- Caso No. 17 a) Inducción con occitocicos (sintocynon).  
b) Legrado uterino instrumental.  
c) Informe patología: Ninguno.
- Caso No. 18 a) Legrado uterino instrumental.  
b) Informe patología: Ninguno.
- Caso No. 19 a) Legrado uterino por aspiración.  
b) Informe patología: Ninguno.

## COMPLICACIONES

Casos No. 1, 17, 18. No presentaron ninguna complicación.  
Casos No. 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 16, 19.  
Presentaron Anemia Moderada o Severa.

Casos No. 2, 7, 10. Presentaron Infección Pelvica.

Casos No. 2, 10. Presentaron Preeclampsia leve.

Caso No. 19. Presento Preeclampsia Moderada.

Casos No. 4, 5, 6, 14, 16, 19. Presentaron Infección Urinaria como Patología asociada.

## PRONOSTICO

En todos los casos de pacientes que presentaron Mola Hidatiforme, se les ordenó reconsulta, a la cual solamente asistieron 4 (no presentaron ninguna complicación); por lo que el pronóstico de estas pacientes en su mayoría es incierto.

## ANALISIS DE RESULTADOS

A continuación se efectuara el análisis de cada uno de los cuadros del presente estudio:

Cuadro No. 1: Da una idea general cuantificada del movimiento obsterico durante el período que se esta evaluando -- ( 5 años) de donde se deduce que consultan un promedio de - 1500 pacientes por año. Esto con el fin de dar al lector un parametro del conglomerado total a tratar.

Cuadro No. 2 y Cuadro No. 3: Sirven para orientarnos en - cuanto al número de abortos y de partos eutósicos y distósicos que se presentan en este hospital por año y así poder establecer relaciones posteriormente.

Cuadro No. 4: Presentan el número de Molas Hidatiformes - por año existiendo un total de 19 casos, habiendo un promedio de 3.8 por año, puede notarse también el incremento de las mismas, que va de acuerdo también al incremento de consulta por año.

Cuadro No. 5: Muestra la incidencia de Mola Hidatiforme en el Hospital General de Occidente (1/509), la cual es similar a otras encontradas en algunos estudios nacionales. Esta incidencia es común a los países sub-desarrollados no así a los países desarrollados donde es bastante baja.

Cuadro No. 5 "A": Corresponde a la distribución por procedencia donde se nota la marcada diferencia que existe en - cuanto a que es mas común la rural (17 a 2) habiendo similitud con otros estudios hechos al respecto, en donde es más - común encontrar esta patología en el área rural.

Cuadro No. 5 "B": Identifica la raza, en al cual no se encontró ninguna predisposición por alguna de ellas, siendo frecuente esta patología, en ambas.

Cuadro No. 5 "C": Corresponde al estado nutricional, en donde se observa que la mayoría de pacientes con Mola Hidatiforme presentan mal estado nutricional, planteamiento que va en apoyo de la dieta pobre en proteína, como causa de Mola.

Cuadro No. 5 "D": Presenta la clasificación por estado socio-económico, en donde casi el 100% lo tiene bajo, parametro -- que varios autores lo relacionan como causa de Mola Hidatiforme.

Cuadro No. 6: Clasifica los casos por edad, en donde se puede establecer que la edad promedio fue de 27 años, dato que - concuerda con la literatura al respecto en donde se plantea como edad bastante frecuente para presentar Mola Hidatiforme. Presenta también el promedio de gestas (5), de paras (4), y de - abortos (0.2).

Cuadro No. 7: Muestra los signos y síntomas más frecuentes que presentaron los pacientes a su ingreso. Puede observarse que la hemorragia vaginal constituyo el signo más frecuente al igual que el útero aumentado de tamaño (18 y 19) respectivamente, coincidiendo con la mayoría de trabajos al respecto en donde fue igual. Se encontró orificios cerrados en 3 pacientes y abiertos en 13. - No se encontró foco fetal en el 100% de casos como era de esperarse al tratarse de una Mola Hidatiforme.

## CONCLUSIONES

- 1.- La incidencia de Mola Hidatiforme en el Hospital General de Occidente durante los 5 años revisados es de 1 Mola por 509 embarazos.
- 2.- Las pacientes con Mola Hidatiforme son en su mayoría del área rural, con mal estado nutricional, y en su totalidad de bajo nivel socio-económico.
- 3.- No hubo predominio de raza en cuanto a la aparición de Mola Hidatiforme, habiendo 9 de raza ladina y 10 indígena.
- 4.- La edad promedio de las pacientes fue de 27 años, siendo la mayor de 35 y la menor de 17 años.
- 5.- El promedio de gestas por paciente fue de 5, de paras 4 y de abortos 0.2.
- 6.- El motivo de consulta y síntoma más importante presente en casi el 100% de las pacientes fue la hemorragia vaginal.
- 7.- A la impresión clínica de ingreso hubo error diagnóstico en 12 casos.
- 8.- El diagnóstico se estableció de una manera accidental en 12 casos.
- 9.- El tratamiento empleado fue inducción con sintocynon - en 2 casos, legrados uterino instrumental en 16 casos y

el resto otros.

- 10.- Las complicaciones fueron: Anemia, Infección Pelvica, preeclampsia, e infección urinaria como patología asociada.
- 11.- En la mayoría de las pacientes no fue evaluado el foco fetal, partes fetales, altura uterina, a pesar de que varias de ellas tenían más de 18 semanas de embarazo.
- 12.- Se efectuó estudio histo-patológico en 10 casos donde siempre se comprobó el diagnóstico de Mola Hidatiforme.

## RECOMENDACIONES

- 1.- Debido a que el diagnóstico debe ser siempre eminentemente clínico, es importante poner mayor énfasis en la elaboración de la historia clínica de la paciente.
- 2.- En toda paciente con más de 16 semanas de embarazo debe ser imprescindible auscultar el foco fetal, - palpar partes fetales, y medir la altura uterina.
- 3.- Confirmar siempre el diagnóstico clínico con rayos X en toda paciente con más de 18 semanas de embarazo por última regla.
- 4.- Efectuar siempre un diagnóstico diferencial entre amenaza de aborto y Mola Hidatiforme.
- 5.- Utilizar la radiografía contrastada como medio auxiliar de diagnóstico en casos dudosos.
- 6.- Efectuar el L.U.I., lo más cuidadosamente posible y completo a fin de no perforar el útero y para no dejar restos que frecuentemente degeneran en Coriocarcinoma.
- 7.- Hacer siempre estudio anatomopatológico de la Mola a fin de corroborar siempre el diagnóstico con el informe patológico.
- 8.- Darle énfasis y más importancia al plan educacional para que la paciente sea partícipe de la importancia

de un adecuado control posterior.

- 9.- Darle a los medios diagnósticos la importancia que cada uno tiene a fin de establecer un diagnóstico y tratamiento temprano que es en un gran número de casos la clave para su solución.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Novak Edmund R. Tratado de ginecología. Quinta Edición, 1977 Editorial Interamericana, México.
- 2.- Guyton Arthur C. Tratado de Fisiología Médica. Cuarta Edición, 1975. Editorial Interamericana, - México.
- 3.- Robbins Stanley L. Patología Estructura y Funcional Primera Edición en Español, 1975. Editorial Interamericana, México.
- 4.- Schwan Horst-Doderlein Gustav. Clinica Obstetrico Ginecología, Tomo III. Editorial Alhambra S.A. Madrid-Buenos Aires México.
- 5.- Williams, Hellman y Pritchard. Obstetricia. Quinta Reimpresión, 1977. Editorial Salvat, México.
- 6.- Andrino Edgar Rolando. Mola Hidatiforme, Experiencias en el Hospital Nacional de Huehuetenango, 1978.
- 7.- García C. Gustavo Adolfo. Mola Hidatiforme en el Hospital Nacional de Mazatenango, 1980.
- 8.- González Cajas Hector Antonio. Mola Hidatiforme, Experiencias en el Hospital Nacional de Escuintla.
- 9.- Vicente Faggioli Silvia A. Carcinoma del Endometrio en el Hospital "San Juan de Dios y Roosevelt, - 1977.

E. Carlos J. García S.

Asesor.  
Dr. Julio César Fuentes Mérida  
MEDICO Y CIRUJANO  
COLEGIADO No. 2,558

Dr. [Signature]  
Revisor.

Dr. Marco Antonio Chávez  
MEDICO Y CIRUJANO

[Signature]  
Director de Fase III  
Dr. Carlos Wadlheim C.

Dr. [Signature]  
Secretario  
Dr. Raúl A. Castillo Rodas

Bo.

Dr. [Signature]  
Decano.  
Dr. Rolando Castillo Montalvo