

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

“MOLA HIDATIFORME”

(Estudio retrospectivo en la sala de Maternidad
en el Hospital Nacional de Amatlán,
durante el período de
Enero de 1975 – Diciembre de 1980)

CARLOS ENRIQUE MENDEZ GONZALEZ

GUATEMALA, MAYO DE 1981

PLAN DE TESIS

INTRODUCCION

OBJETIVOS

MATERIAL Y METODOS

GENERALIDADES

PRESENTACION

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Desde años atras se conoce en madres gestantes el problema de enfermedades trofoblasticas, las cuales afectan en alto porcentaje a mujeres multíparas principalmente de baja condición socioeconómica, motivo por el cual en años recientes se ha efectuado en diferentes Hospitales Nacionales, estudios sobre Mola Hidatiforme, los cuales en algunos puntos de sus conclusiones contradicen a lo expuesto en la literatura extranjera (principalmente en cuanto a incidencia y tratamiento se refiere).

Este estudio es el primero acerca de este tema que se desarrolla en el Hospital de Amatlán y será llevado a cabo con la mira de llamar la atención acerca de la incidencia de esta entidad clínico patológica, así como el de hacer énfasis en la limitación de los recursos y de los procedimientos diagnósticos con los que se cuenta en este hospital; así como de la eficacia en el tratamiento y seguimiento que se proporciona al paciente, ya que esta enfermedad puede evolucionar hacia la malignidad.

El presente trabajo será una revisión retrospectiva en el archivo del Hospital de Amatlán que abarcará un período comprendido de Enero de 1975 a Diciembre de 1980.

OBJETIVOS

Determinar la incidencia de Mola Hidatiforme en mujeres embarazadas que consultan al Hospital de Amatitlán.

Determinar métodos utilizados para el diagnóstico de Mola.

Determinar cuál es el tratamiento seguido en el paciente con Mola.

Determinar complicaciones que presenta el paciente secundarias a su tratamiento de Mola.

Determinar cual fue el seguimiento del paciente con Mola.

Cumplir con el requisito exigido por la facultad de Ciencias Médicas de la Uniersidad de San Carlos de Guatemala para poder obter al título de Médico y Cirujano.

MATERIAL Y METODOS

Para la elaboración del presente estudio se revisarán los libros de registro clínico e historias archivadas en el servicio de estadística del Hospital Nacional de Amatlán de el período comprendido de Enero de 1975 a Diciembre de 1980. También se procederá a consultar bibliografía, libros de texto y tesis.

El método a emplearse será el deductivo basándose en el estudio retrospectivo de los registros clínicos que presenta el material antes mencionado, elaborándose para el efecto cuadros donde se anotan los diferentes parametros estudiados siendo ellos: sexo, edad, motivo de consulta, historia clínica, antecedentes abstétricos, diagnóstico de ingreso, procedimientos diagnósticos, tratamiento, complicaciones, condiciones de egreso, seguimiento, estado civil.

MOLA HIDATIFORME

Definiciones: La Mola Hidatiforme es una anomalía del desarrollo de la placenta que a menudo se considera como una neoplasia benigna. Es la lesión que precede con más frecuencia al coriocarcinoma.

ANATOMIA PATOLOGICA

La anatomía muestra la placenta transformada en un racimo de vesículas claras de tamaño variable, apareciendo como vesícula botroides, las cuales varían de tamaño entre 2 ó 3 milímetros; entre las vesículas se observan restos de decidua y coágulos sanguíneos organizados. Las vesículas cuelgan de delgados pedículos en forma parecida a un racimo de uvas. Cuando se secciona una vesícula rezuma de la misma un líquido albuminoso con mucina y sales orgánicas. La masa puede crecer bastante para llenar el útero hasta que adquiera el tamaño de una gestación normal de 6 ó 7 meses.

La degeneración abarca generalmente todo el complejo ovular. Constituyendo la Mola total; si ésta no presenta ninguna cavidad, se denomina Mola llena, pero en su centro se descubre con alguna frecuencia una cavidad ovular pequeña estableciéndose entonces la Mola hueca, otras veces sólo un aparte de la placenta sufre tal degeneración constituyéndose la Mola parcial.

Las características microscópicas principales son:

1. Degeneración hidrópica y tumefacción del tejido estromal de las vellocidades.
2. Ausencia o escasez de vasos sanguíneos.
3. Proliferación más o menos intensa del Epitelio coriónico aunque por lo general las dos capas del trofoblasto presentan

proliferación. El proceso puede estar limitado sobre todo al sincitio. El tejido estromal de las vellosidades se hace hidrópico y degenera, de manera que pueden observarse muy pocas células y escasos vasos sanguíneos. La mayor parte de las vesículas están formadas por este tejido estromal rodeado de una capa muy delgada de trofoblasto en otras Molas el trofoblasto es moderada o marcadamente anaplásico o hiperplásico.

La Mola hidatiforme se consideraba antes primariamente más como una lesión degenerativa que neoplásica, como lo indican las denominaciones de degeneración mixomatosa y quística del corion. En su clásico estudio de 1895 Marchand demostró que la característica fundamentalmente es la proliferación del trofoblasto, opinión que mantienen la mayoría de investigadores actuales. La Mola puede considerarse como una gestación patológica, con un defecto primario que es un huevo frustrado. En porciones de la Mola dentro de la cavidad uterina o en porciones expulsadas, puede haber poco o ningún crecimiento trofoblástico aunque en la misma lesión vellosidades que todavía reciben un buen riesgo sanguíneo de la pared uterina, pueden presentar proliferación trofoblástica neta. Persisten discrepancias de opinión acerca de cuando una alteración Hidatiforme en las vellosidades constituye una verdadera Mola y cuando es sencillamente una reacción degenerativa que se parece a una Mola en su primer período. Herting y Edmonds encontraron que 2/3 de los huevos patológicos presentaban en su estudio degeneración hidatiforme inicial. Creyeron que muchas Molas Hidatiformes tenían así su origen en vellosidades con vascularización deficiente y que, si se hubieran examinado en fase suficientemente precoz se hubiera podido encontrar siempre al menos un saco fetal.

Donald y Hellman han proporcionado apoyo a esa "Teoría de Transición" del origen de la Mola Hidatiforme al demostrar estas estructuras en sus exámenes ultrasónicos de pacientes con Molas incipientes.

Carr observó que las alteraciones hidrópicas, la degeneración hidatiforme y las verdades Molas presentan rasgos anatómo

patológicos y citogénicos comunes. En este grupo de lesiones, la triploidia es la forma de Poliploidia observada con mayor frecuencia. Según Tominaga y Page en 29 casos de una serie de 30 encontraron que el patrón cromatínico sexual era el femenino (xx). Baggish y colaboradores también encontraron que el patrón de cromatina sexual era predominantemente femenino en su serie de 90 Molas Hidatiformes. Dedujeron además que los hallazgos no podían explicarse a base de poliploidia. Las tentativas de relacionar la estructura histológica de las Molas Hidatiformes con su virtual tendencia maligna casi nunca han dado resultado. Novak y Seah no lograron establecer dicha relación en 120 casos de Mola Hidatiforme o en el tejido Molar que pudieron examinar de 26 casos de Cariocarcinoma consecutivo a una Mola Hidatiforme o en el tejido Molar que pudieron examinar de 26 casos de coriocarcinoma consecutivo a una Mola Hidatiforme.

Wynn y Davies examinaron la Mola Hidatiforme con el microscopio electrónico y encontraron caracteres ultraestructurales parecidos con gran detalle. A los del trofoblasto normal. El epitelio hiperplásico que rodea las vesículas, presentaba signos ultraestructurales de intensa actividad metabólica, mientras que el trofoblasto que recubre las vellosidades incluido en fibrina y excluido así de la nutrición materna presentaba signos de degeneración más o menos intensa. En una amplia revisión reciente. Beischer ha señalado 92 casos de Mola asociadas con un feto, en la inmensa mayoría de ellas el feto murió y fue expulsado prematuramente. Se ha observado triploidia en algunos casos de síndrome Mola feto y el feto a sido varón en la cuarta parte de los casos observados.

Vosilaka y otros han sugerido que las Molas Hidatiformes pueden dividirse en 2 categorías:

1. Molas Parciales: las cuales tienen vellosidades no hidrópicas, no muestran hiperplasia trofoblástica, están asociadas con el feto, el cordón y o membranas amnióticas y constitución anormal de cromosomas frecuentemente triploides; no padecen de cambios malignos.

2. Molas completas: en ellas todas las vellosidades son hidrópicas; se encuentra una hiperplasia o anaplasia trofoblástica 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.

Con cierta frecuencia las vellosidades hipertróficas invaden la pared uterina destruyendo fibras musculares y vasos y hasta la atraviesan, llegando al peritoneo, produciéndose perforaciones, y hemorragias consecutivas (Mola perforante, penetrante o invasora, o corioadenoma Destruens). La penetración trofoblástica de los vasos de ninguna manera significa degeneración maligna (coriocarcinoma). Histológicamente puede no haber ninguna diferencia entre la "Mola benigna y el corioadenoma Destruens" pero generalmente en este se observa una proliferación trofoblástica más marcada, tanto la Mola benigna como la invasora presentan una propiedad única en Patología:

Conservando sus características biológicas de benignidad pueden ocasionalmente producir metástasis en el cerebro, pulmones etc. si ello ocurre tienen una extrema gravedad ya que si bien no matan por caquexia como el cáncer pueden hacerlos por las hemorragias que ocasionan al perforar el útero o por las complicaciones de sus metástasis (hemorragia cerebral, trastornos respiratorios) cuando se extrae el tumor original las metástasis retrogradan espontáneamente en muchos casos de Mola Hidatiforme, los ovarios tienen numerosos quistes luteínicos que pueden variar desde un tamaño microscópico a 10 cm o más de diámetro. La superficie de los quistes es lisa, a menudo amarillenta, y revestida de células luteínicas. Se ha estimado que la incidencia de estos quistes que acompañan a la Mola desde un 25o/o hasta un 60o/o. Novak ha hecho notar que la mayoría de ovarios que no poseen grandes quistes, presentan alteraciones quísticas microscópicas e hiperreacción luteínica que a menudo afecta a los elementos fecales como a los granulosa. Se cree que los quistes luteínicos de los ovarios se deben al hecho de que las células luteínicas son estimuladas en exceso por las grandes cantidades de Gonadotropina Coriónica que segrega el trofoblasto proliferante.

Puede explicarse que esas extensas alteraciones ováricas no se observen habitualmente en los embarazos normales por el hecho que no se mantienen durante mucho tiempo los niveles muy elevados de Gonadotropina. En general, las alteraciones quísticas extensas suelen acompañar a las grandes Molas Hidatiformes y a un prolongado período de estímulo.

Girouard, Barclay y Collins recopilaron 15 casos de quistes luteínicos típicos sin Mola Hidatiforme ni coriocarcinoma. Durante la gestación y añadieron 2 casos propios. Resultan de interés especial debido a que 11 de ellos estaban asociados con hipertrofia placentaria, 6 con hidropesía fetal y 5 con embarazos múltiples, los restantes procedían de embarazos normales. No hay que llevar a cabo una ooforectomía únicamente a causa de quistes luteínicos. Después de la expulsión de la Mola los quistes involucionan y por último desaparecen. La mayor parte de Molas se desarrollan dentro del útero pero pueden desarrollarse en cualquier sitio de embarazo ectópico.

INCIDENCIA

En los Estados Unidos y en Europa la Mola Hidatiforme se presenta aproximadamente una vez en cada 2,000 embarazos, pero es mucho más frecuente en ciertas regiones del Asia y del Sur del Pacífico. King reporta una incidencia de una Mola Hidatiforme en 530 gestaciones en Hong Kong, Wei y Ouyand demuestran que la enfermedad trofoblástica es frecuente sobre todo en Taiwan donde la incidencia de Mola Hidatiforme es de 1 en 125 embarazos. Acosta-Sison de Filipinas reporta una Mola por 145 partos. Fernández Doblado R. de Mejioco reporta 1 Mola por cada 450 partos, mientras Marquez-Monter y colaboradores publicaron una incidencia notablemente elevada de 1 en 200 partos en el Hospital General de Méjico. Este estudio mejicano y las cifras obtenidas en Filipinas hacen pensar que la elevada incidencia en estos países están en alguna manera relacionada con el bajo nivel socioeconómico. Jamieson de la India relaciona la elevada incidencia de Mola Hidatiforme en Asia, con factores de hipoalimentación y desnutrición, muy común en ciertos lugares de América Central y Sud América.

En Guatemala el Dr. German Aramburú reportó 1 Mola por 600 embarazos. El Dr. Vektorazzi en su trabajo de tesis efectuado en el Hospital Roosevelt reportó una Mola por 2,060 partos mientras el Dr. Eduardo Giamattei en su trabajo de tesis efectuado en el Hospital Roosevelt reportó 1 Mola por 1,168 partos. En el Hospital General San Juan de Dios de Guatemala el Dr. López Palencia reportó 1 Mola en 291 embarazos, mientras que en 1978 en su trabajo de tesis el Dr. Jaime Antonio Pineda Colon reportó 1 Mola por cada 423 partos en el mismo Hospital en 1978 en su trabajo de tesis efectuado en el Hospital de Escuintla el Dr. Hector Antonio González Cajas encontró 1 Mola por cada 125 partos. El Dr. Walter Homero Urrutia, en el Hospital de Coatepeque en su trabajo de tesis reportó 1 Mola por 1,300 partos.

Es en el grupo de mujeres de nivel socioeconómico más bajo, casi con ausencia de proteína en la dieta donde se observa con más frecuencia este proceso. Una Mola coexiste con feto en aproximadamente 1 embarazo de cada 12,000. Es rara la repetición de una Mola Hidatiforme, pero se observa aproximadamente en el 2o/o de los casos (Chesley y Cols; Chun y Cols; Acolta Sison). Wu ha publicado los datos hasta de nueve Molas recidivantes en una paciente sin evolución maligna. Según Yen y MacMahon la probabilidad de repetición de una Mola Hidatiforme, es 40 veces mayor que la incidencia en la población general. La edad tiene una relación importante con la incidencia de Mola Hidatiforme, como lo indica la elevada frecuencia en los embarazos ocurridos muy al comienzo de la época de fecundidad y en especial, hacia el fin de la misma. La edad ejerce su mayor influencia en las mujeres de más de 40 años, en las cuales la frecuencia relativa de la lesión es más de 10 veces mayor que entre los 20 y los 40 años. Existen muchos casos comprobados de Mola Hidatiforme en mujeres de 54 y 55 años, mientras que en esta edad los embarazos normales son prácticamente desconocidos. Fox y Tow señalan considerables diferencias étnicas en la frecuencia de enfermedad trofoblástica en una comunidad multirracial. Se han publicado casos como el de una niña de 12 años de edad con Mola Hidatiforme; pero también de muchas mujeres postmenopausicas; de hecho la frecuencia de enfermedad trofoblástica está aumentada en la mujer que procrea en edad avanzada en resumen la elevada frecuencia

de enfermedad trofoblástica en mujeres con mala nutrición, embarazos múltiples y edad avanzada se ha comprobado repetidamente. El útero muchas veces va aumentando de tamaño con más rapidez que lo corriente y en casi la mitad de los casos, dicho tamaño es mayor que el que sería de esperar en un embarazo de duración igual o lo que es lo mismo, el útero se encuentra desproporcionalmente aumentado en relación con la amenorrea. El aumento del tamaño uterino no se presenta en todos los casos, ya que, aunque menos frecuentemente, la Mola puede evolucionar con un tamaño de útero similar al de un embarazo normal. Las hemorragias uterinas que son el signo más importante, varían desde unas pequeñas señales hasta una hemorragia profusa. A veces aparecen inmediatamente antes del aborto, pero más frecuentemente se presentan con intermitencias durante semanas e incluso meses a consecuencia de las hemorragias es muy 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 parte la anemia (pritchard) en algún caso se expulsan vesículas hidatiformes el sangrado uterino se inicia de la 6a. a la 8a. semana y se presenta virtualmente en casi todos los casos e indica amenaza o aborto incompleto.

La expulsión espontánea sobreviene con especial frecuencia alrededor del cuarto y quinto mes, y es raro que se retrase más allá del séptimo mes. En 72 casos de Mola Hidatiforme citados por Smalbraak, el promedio de duración del embarazo fue de 18 semanas. En el estudio efectuado en el Hospital General San Juan de Dios de Guatemala por el Dr. Antonio Pineda Colón en 1978 en una revisión de 47 casos el promedio de duración del embarazo fue de menos de 20 semanas. En la Mola Hidatiforme 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 más frecuentemente, y es probable que sea más intensa y persistente en los casos de Mola Hidatiforme que en los embarazos normales. Algunos autores reportan que las náuseas y los vómitos se presentan en más de una tercera parte de las mujeres con

Mola Hidatiforme. Reviste especial importancia la frecuente asociación preeclamsia grave y eclamsia con los embarazos molares. Puede desarrollarse una toxemia eclantógena frecuentemente de tipo fulminante durante el segundo trimestre del embarazo. Como en el embarazo la toxemia eclamtógena no se observa casi nunca en un período tan precoz, la aparición de una preeclamsia grave o de una eclamsia antes de la 24 semana de la gestación sugiere una Mola Hidatiforme. Aunque pocas veces mencionado en la literatura Médica el dolor constituye a veces un síntoma importante en especial si se acompaña de un rápido crecimiento uterino.

DIAGNOSTICO

Con frecuencia sólo se diagnostica la Mola Hidatiforme 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. Al examen la consistencia del cuerpo es pastosa, pero sobre el, injertan algunas contracciones. Es notoria la ausencia de signos fetales, no palpándose elementos del mismo ni auscultándose latidos; las radiografías no visualizan un esqueleto fetal. Por el tacto vaginal el aumento del volumen del útero determina una formación precoz del segmento interior, notándose asimismo el cuello dilatado. El mismo tacto revela la presencia de quiste luteínicos bilaterales. En las enfermas con hemorragias, persistentes, la existencia de un útero de mayor tamaño que el que es de esperar hace sospechar una Mola. También hay que tener en cuenta las posibilidades de error respecto a las fechas de menstruación, un útero gestante aumentado de tamaño por un mioma, un hidramnios y un embarazo múltiple. 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 Hidatiforme. Hendrickse y colaboradores y García y colaboradores han demostrado mediante arteriografías practicadas en los momentos adecuados que el útero gestante presenta un relleno bilátero, precoz de las venas uterinas, sólo si existe una Mola o un coriocarcinoma, probablemente a causa

de derivaciones arteriovenosas. La inyección intrauterina por vía transabdominal de una sustancia opaca como Hypaque permite obtener una radiografía completamente característica en casos de Mola Hidatiforme (Torres, Plegrina, Zaron y Cols). La amniografía después del tercer mes, ya sea por vía intracervical o transcutánea empleando Hypaque (20 ó 30 ML.) puede mostrar un aspecto de panal de abejas del contenido uterino. Existe cierto riesgo de aborto a causa de la sustancia de contraste hipertónica. La mayor precisión diagnóstica se obtienen con ecograma característico de la Mola Hidatiforme. La seguridad y precisión de la ecografía hacen que este sea el método de elección, siempre que pueda disponerse de él.

Pueden ser muy útiles las pruebas de gonadotropina coriónica si se cumplen 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 gonadotropina en las gestaciones normales.

Las pruebas llevadas a cabo en el suero están sujetas a menos variables que las determinaciones de la gonadotropina urinaria. La prueba que ha resultado más segura es la basada en el peso del útero de rata inmadura. Ultimamente se han popularizado varias pruebas de inmunidad y entre ellas de radioinmunidad. El resultado debe compararse con el nivel de gonadotropina sérica en la gestación normal durante el período correspondiente. Si está muy por encima de la rasa normal en aquel período de gestación hay motivo para diagnosticar un caso probable de Mola. En las curvas de gonadotropina en los embarazos normales se ve claramente que no existe ningún valor único que pueda considerarse con el límite entre el embarazo normal y el anormal. Las cifras muy altas en los 2 ó 3 primeros meses tienen poca significación ya que se encuentran con frecuencia en embarazos normales, sobre todo con fetos múltiples, de aquí que la prueba biológica no sea útil para el diagnóstico de los casos precoces de Mola. Sin embargo, pasados 100 días del último período menstrual en la gestación normal existe un rápido descenso

de la gonadotropina; cifras persistentemente altas, o que van aumentando después de esta época.

Constituyen por consiguiente un importante signo de crecimiento anormal del trofoblasto. Algunos autores describen que si la reacción de friedman cuantitativa revela una cantidad de gonadotropinas urinarias arriba de 400,000 UI. en 24 hrs. es casi seguro el diagnóstico. Otros datos de laboratorio que nos orientan a la probabilidad de una Mola Hidatiforme son cuando la hormona estimulante del folículo excede a 0.5 millón de unidades rata/litro de orina y el título de hormona lactogénica es mayor de 0.2 millón de unidades rata/litro. La cifra de los 17-cetosteroides urinarios con frecuencia es dos veces mayor que en el embarazo normal (10-15 microgramo x 100 ml.).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El exceso de náusea y vómitos que se presentan con la Mola, debe distinguirse de la hiperemesis gravidica. El aumento excesivo del útero debe diferenciarse del embarazo múltiple, hidramnios y tumores uterinos; y el sangrado vaginal de la amenaza o aborto completo, la presencia de un útero grande, con pruebas de laboratorio positivas para el embarazo y ausencia de esqueleto fetal en las radiografías hace muy probable el diagnóstico de Mola Hidatiforme.

PRONOSTICO

El pronóstico del proceso puede considerarse fatal para el embrión (casi en el 100o/o de los casos) y grave para la madre, En una revisión colectiva de 576 casos, Mathieu encontró una normalidad inmediata de sólo 1.4o/o cifra que hay que reducir practicamente a 0, cuando se emplean las transfusiones de sangre y los antibióticos. Sin embargo, las tentativas de extraer grandes Molas por vía vaginal algunas veces provocan hemorragias imposibles de dominar que resultan mortales. La incidencia de la transformación de una Mola Hidatiforme en un coriocarcinoma Franco varía según los autores entre un 2 y 8o/o, pero la cifra sube rápidamente en las mujeres de más edad.

La posibilidad de que una Mola evolucione hacia un coriocarcinoma se incrementa progresivamente cuanto mayor es la edad de la paciente. Según Acosta-Sison el 12.96o/o de las pacientes de 30-39 años desarrollaron un coriocarcinoma después de una Mola, el 19.23o/o en las pacientes de 40-44 años y el 55o/o en las de 45-49 años, a veces pasan años entre la presentación de una Mola Hidatiforme y el desarrollo de un coriocarcinoma. Por ejemplo Natsume y Takada han publicado un caso en el cual se desarrolló un coriocarcinoma, 9 años después de una histerectomía supravaginal llevada a cabo a causa de un corioadenoma Destruens (Mola invasora). Se ha tratado de pronosticar, en base al grado de proliferación trofoblástica, cuales son los casos que tienen más probabilidades de producir metástasis o degenerar en un coriocarcinoma. Se ha comprobado estudiando grupos numerosos de pacientes que las complicaciones son más frecuentes cuando hay gran proliferación del trofoblasto; pero no es posible hacer pronóstico en cada caso individualmente ya que la evolución es muy variable (Herting; Novak). El riesgo de abortos no es mayor en las mujeres que han tenido una Mola Hidatiforme.

TRATAMIENTO

La hemorragia como indicio de aborto requiere hospitalización inmediata de la enferma. Debe tipificarse y hacerse reacciones cruzadas de la sangre de la enferma y tener por lo menos dos unidades de sangre de transfusión, si el aborto de la Mola es inminente o ya se está realizando, el tratamiento va dirigido a completar el aborto. Puede ser útil el estímulo con occitocicos, el sangrado uterino cesa tan pronto como el contenido uterino es evacuado y se establece una contracción uterina firme con oxitocima.

El método preferido para vaciar el útero en el 75o/o de los casos es la expulsión por succión seguida por dilatación y legrado cuidadosos. Si el útero es más grande que el de un embarazo de 3 meses, debe taponarse por 6 a 12 horas después del legrado para reducir el sangrado y permitir la evacuación de tejido no extraído en el legrado. Dar maleato de ergonovina (ergotrate) 0.2 miligramos por vía bucal cada 4 horas después del legrado, hasta administrar 4 dosis.

Se puede requerir un nuevo legrado con dilatación 3 ó 4 semanas, después, en caso de persistir el sangrado. Si el útero es mayor al de 5 meses de un embarazo normal, y hay resistencia del cuello uterino a una dilatación amplia, puede estar indicada la Histerotomía (si hay evidencia clínica de infección debe hacerse por vía vaginal, sino, por vía abdominal anterior). No deben extirparse los ovarios o los quistes ováricos, pues éstos tienden a involucionar espontáneamente después de expulsar la Mola, siempre que se efectúa histerotomía se debe efectuar raspado.

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 ó más hijos cualquiera que sea su edad, debido a la frecuencia con que aparece un coriocarcinoma en aquellas y en las multiparas aunque la histerectomía disminuye mucho. La probabilidad de aquella secuela, no la elimina por completo, histerectomía muy rara vez es curativa. Si durante la operación o los estudios de control se descubre tejido maligno, está indicada la quimioterapia. Se recomienda el metrotexato a dosis de 3 mg/kg IM. en dosis divididas durante 5 días. Los efectos colaterales anorexia, náusea y vómito, estomatitis, erupción diarrea y depresión de la médula ósea por lo general son reversibles a las 3 semanas aproximadamente. Se pueden hacer más leves con la administración de ácido fólico o folínico. La muerte se presenta a causa de agranulocitosis o hepatitis tóxica. Se necesitan tratamientos repetidos de metrotexato con intervalos de un mes, para destruir el trofoblasto y mantener la gonadotropina coriónica en cifras de 0, si la enfermedad hepática complica el problema o si el tumor es resistente, administrar Dactinomicina (cosmegen) a dosis de 10 microgramos por kg. por vía I. V. (bien diluida) durante períodos de 5 días en tratamientos mensuales.

Debe restituirse la sangre perdida y darle hierro y vitaminas, si se sospecha una infección, deben administrarse antibióticos de amplio espectro 24 horas antes y 3 a 4 días después del tratamiento quirúrgico. Reid recomienda prohibir un embarazo después de una Mola por lo menos 1 año. Donald más conservador señala un período de 2 años. Williams ha adoptado la siguiente línea de conducta; si el título de gonadotropina coriónica permanece negativo durante 6

meses y si demuestra la existencia de 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.

Control ulterior; con el objeto de realizar la profilaxis o el diagnóstico precoz del coriocarcinoma, toda mujer que haya sido portadora de una Mola hidatiforme deberá ser controlada durante 1 año.

Aunque la gonadotropina coriónica del suero se negativiza una semana después de un embarazo normal, no sucede así cuando se trata de una Mola Hidatiforme. Delfs observó los niveles de gonadotropina coriónica del suero después de la expulsión de una Mola Hidatiforme. Demostró que los títulos de gonadotropina coriónica descienden en forma de curva parabólica durante un largo período de tiempo, alrededor de la mitad de las enfermas presenta resultados negativos a la prueba en el comienzo de la 3a. semana y tres cuartas partes al terminar los 40 días, el intervalo más largo observado ha sido de 18 meses, es necesario por consiguiente basarse en las cifras de gonadotropina coriónica para descubrir la existencia de tejido trofoblástico residual o proliferativo, para este objeto prueba tiene que ser lo bastante sensible y específica para descubrir niveles de gonadotropina coriónica al menos tan reducidos como 500 UI./Lt. se debe efectuar la prueba en el momento de expulsar la Mola y 2 veces por semana durante los 2 meses siguientes.

Y posteriormente 1 vez al mes, durante todo un año se debe efectuar inicialmente una radiografía del tórax en el curso de la primera exploración de la enferma, que servirá como referencia para las radiografías de torax periódicas. Si persiste la gonadotropina corionica después de 30 días, hay que practicar una dilatación y un raspado, sobre todo cuando los títulos van aumentando. Si un caso de estos pone de manifiesto un trofoblasto maligno, está indicada la quimioterapia, durante todo el período de control, es conveniente proscribir el embarazo y aconsejar la contracepción porque el incremento fisiológico de gonadotropinas durante la nueva gestación puede dar lugar a confusiones diagnósticas. Los anticonceptivos orales

no parecen modificar la evolución de los títulos en el comienzo de una hemorragia vaginal exigen que este plan se modifique. Sino tiene mucha importancia conservar la posibilidad de nuevas gestaciones o si existe alguna amenaza de perforación del útero por el tumor, el tratamiento más adecuado es probablemente la histerectomía. Sin embargo, han de seguir observando los niveles de gonadotropina, pues éstas enfermedades ya pueden tener metástasis en los pulmones o en otros órganos. Brewer y colaboradores creen que la determinación de los niveles de gonadotropina coriónica 60 días después del diagnóstico de un embarazo Molar puede ser muy útil para descubrir a las enfermas en quienes se ha desarrollado una Mola invasora o coriocarcinoma. El lactógeno placentario humano denominado más exactamente somatomotropina coriónica, es útil para distinguir el embarazo normal de los tumores coriónicos. Un nivel alto de gonadotropina coriónica junto con nivel bajo de somatomotropina coriónica, pasados los primeros meses del embarazo han de sugerir una neoplasia coriónica Saxena y colaboradores encontraron que el nivel de somatomotropina coriónica en los tumores trofoblásticos estaba francamente por debajo de las cifras habituales en el comienzo del embarazo normal que no ha llegado todavía a las 10 semanas. En el embarazo Molar los valores fueron 10 a 100 veces más largos que los que son de esperar en el embarazo normal de la duración correspondiente en las enfermas con tumores trofoblásticos bajo tratamiento, la somatomotropina serica desciende a niveles no mensurables, antes que el descenso de la gonadotropina corionica haga pensar en una remisión completa. La recidiva suele manifestarse por un aumento ulterior de la gonadotropina coriónica sin elevación simultánea de la somatomotropina coriónica. En resumen concluimos que toda paciente a la que se le haya extraído o diagnosticado una mola hidatiforme deberá ser controlada con dosificación de gonadotropinas, radiografías de torax y exámenes vaginales periódicamente durante un período mínimo de un año.

PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

Año	No. Emb.	No. Partos	No. Ab.	Molas	Mola X Embarazo
1975	1362	1067	295	3	454
1976	1698	1373	325	2	849
1977	1939	1529	410	2	975
1978	2031	1636	395	5	406
1979	2179	1794	385	1	2179
1980	2193	1822	371	1	2193
TOTAL	11402	9121	2181	14	814

En el cuadro No. 1 se observa que en los 6 años de estudio, se atendieron en el hospital Nacional de Amatlán en total de 11,402 embarazos, de los cuales 9,221 fueron partos y 2, 181 abortos. Se obtuvo una frecuencia de 1 Mola por 658 partos y de 1 Mola por 155 abortos, obteniendo una frecuencia de 1 Mola en 814 embarazos atendido en el Hospital.

CUADRO No. 2

Edad en años	No.	o/o
16-20	2	14.28
21-25	4	28.57
26-30	4	28.57
31-35	3	21.42
36-40	0	0
41-45	0	0
46-50	1	7.14
TOTAL	14	100

En el cuadro No. 2 podemos observar que la Mola Hidatiforme fue más frecuente de los 21 a los 30 años; o sea durante el período reproductivo de la mujer, no habiéndose encontrado ninguna Mola de los 36 a los 45 años.

CUADRO No. 3

Raza	No.	o/o
Ladino	9	64.28
Indígena	1	7.14
No referido	4	28.57
Total	14	100

En el cuadro No. 3 se encontró que el 64.28o/o de las pacientes pertenecían al grupo ladino, encontrándose únicamente un 7.14 indígenas en el 28.57 no se pudo encontrar el dato por no encontrarse en la papeleta.

CUADRO No. 4

Estado Civil	No.	o/o
Casado	4	28.57
Unido	8	57.14
Soltero	2	14.28
Total	14	100

En el cuadro No. 4 podemos observar que la mayor parte de las pacientes eran unidas, observándose la menor frecuencia en las solteras.

CUADRO No. 5

Motivo de consulta	No.	o/o
Hemorragia vaginal	10	71.42
Dolor abdominal	2	14.28
Náusea y vómitos	2	14.28
Amenorrea	0	0
Total	14	100

En el cuadro No. 5 se observa que el motivo de consulta más frecuente, fue por hemorragia vaginal, siendo seguida en orden de frecuencia por dolor abdominal, náusea y vómitos.

CUADRO No. 6

Procedencia	No.	o/o
Santa Rosa	3	21.42
Escuintla	5	35.71
Amatitlán	3	21.42
Jalapa	1	7.14
Jutiapa	1	7.14
Quezaltenango	1	7.14
Total	14	100

En el cuadro No. 6 se puede observar que la mayor parte (35.71o/o) de las pacientes que presentaban Mola, procedían de el departamento de Escuintla, siguiendo el orden de frecuencia el municipio de Amatitlán y el departamento de Santa Rosa.

CUADRO No. 7

Embarazos	No.	o/o
1	2	14.28
2 - 4	1	7.14
4 y más	0	64.28
No reportado	2	14.28
Totales	14	100

En el cuadro No. 7 podemos apreciar que la mayoría de pacientes que presentó Mola (el 64.28o/o) son multíparas.

CUADRO No. 8

Impresión Clínica de ingreso	No.	o/o
Colecistitis	1	7.14
Amenaza de aborto	4	28.57
Aborto incompleto	3	21.42
Mola hidatiforme	5	35.71
Metrorragia de etiología a determinar	1	7.14
Total	14	100

Como se observa en el cuadro No. 8 sólo el 35.71o/o fueron ingresadas con impresión clínica de Mola Hidatiforme. La mayor parte (41 50o/o) fueron ingresadas con impresión clínica de aborto.

CUADRO No. 9

Diagnóstico	No.	o/o
Clínico	12	85.71
Gonadotropinas	1	7.14
Ultrasonograma	0	0
Histerograma	1	7.14
Total	14	100

En el cuadro anterior se observa que el 85.71o/o de las Molas fueron diagnosticadas clínicamente por expulsión de vesículas por vagina o por expulsión de Molas. En 4 de los casos de diagnóstico clínico, este se hizo por altura uterina mayor que última regla, y por ausencia de foco fetal.

CUADRO No. 10

RX	No.	o/o
Tórax	3	21.42
Abdomen	3	21.42
Ninguno	11	78.57

Es de observar en el cuadro anterior que únicamente al 21.42o/o se le tomó RX de tórax y abdomen. Probablemente a algunos otros se les efectuó, pero no se reporta en las papeletas. Entre los que se reporta como RX de abdomen se encuentra el paciente al que se le efectuó histerograma.

CUADRO No. 11

Tratamiento	No.	o/o
Legrado uterino instrumental	11	78.57
Histerectomía abdominal más salpingooforectomía	1	7.14
Histerotomía segmentaria transversa más legrado uterino instrumental	2	14.28
Total	14	100

Como podemos ver en el cuadro No. 11 a solamente 1 paciente se le efectuó histerectomía, siendo esta una paciente de 32 años, pero con 8 partos normales anteriores. A 11 pacientes se les efectuó legrado uterino instrumental y a 2 pacientes se les efectuó histerotomía más legrado uterino instrumental.

CUADRO No. 12

No. Semanas	No.	o/o
16 - 20	2	14.28
21 - 25	5	35.71
26 - 30	3	20.60
31 - 35	1	7.14
No se reportó	3	20.60
Total	14	100

Como se observó en la tabla anterior, la mayor parte de pacientes se presentó con un "Embarazo Molar" O amenorrea de 21 a 25 semanas. En 3 pacientes no se pudo determinar No. de semanas por no encontrarse en la papeleta.

CUADRO No. 13

VALORES HEMATOLOGICOS PRE-TRATAMIENTO

HB	No.	o/o
1 - 4	4	28.57
5 - 8	6	42.85
9 - 12	3	21.42
13 - 16	1	7.14
Total	14	100

Como puede observarse en la tabla anterior, la mayor cantidad de pacientes presentaban valores de hemoglobina abajo de los 8 gramos previo a que fueran sometidas al procedimiento para resolver su problema de Mola.

CUADRO No. 14

TRANSFUSION SANGUINEA

	No.	o/o
500 cc	4	28.57
1000 cc	2	14.28
1500 cc	4	28.57
2000 cc	1	7.14
No se transfundio	3	21.42
Total	14	100

En la tabla anterior se puede observar que la mayoría de los pacientes necesitó de 500 a 1500 cc de sangre. En cuanto hubo 3 pacientes que no se transfundio. A 3 pacientes se les transfundió antes de someterlos a tratamiento. A 5 pacientes se les transfundió post-tratamiento, mientras tanto en 3 casos no se encontró en la papeleta fecha de la transfusión ni nota que indicaba si la transfusión fue efectuada antes o después del tratamiento.

CUADRO No. 15
ANATOMIA PATOLOGICA

	No.	o/o
Con Anatomía	6	42.85
Sin Anatomía	8	57.14
Total	14	100

En el cuadro No. 15 podemos observar que en 8 de los casos de Mola no se encontró nota ni reporte de Patología. En el resto de los casos hay 3 en los cuales sí se encontró el informe de Patología y en los 3 restantes únicamente se encontró mención del reporte de Patología en las evoluciones.

CUADRO No. 16
COMPLICACIONES

	No.	o/o
Shock Séptico	1	7.14
Aniemia Secundaria a hemorragia	10	71.42
Cervicitis	1	7.14
No Reporta	2	14.28
Total	14	100

En el cuadro anterior se puede observar que el mayor porcentaje de complicaciones corresponde a anemia secundaria por hemorragia, ya que los 10 casos se presentaron con una hemoglobina de menos de 9 grs.

CUADRO No. 17

PERMANENCIA

Días de Estancia	No.	o/o
0 - 5	5	35.71
6 - 10	2	14.28
11 - 15	2	14.28
16 - 20	-	-
21 - 25	1	7.14
26 - 30	1	7.14
31 - 35	1	7.14
35 en adelante	2	14.28
Total	14	100

Como podemos ver en el cuadro anterior el mayor porcentaje es de 0 a 5 días.

NOTA:

El paciente que permaneció más tiempo internado en el hospital estuvo durante 49 días, y el que permaneció menos tiempo estuvo un día. El tiempo promedio de permanencia por paciente fue de 15 días.

CUADRO No. 18

Control	No.	o/o
Con seguimiento	2	14.28
Sin seguimiento	12	85.71
Total	14	100

En el cuadro anterior se observa que únicamente 2 pacientes tuvieron seguimiento, el cual consistió únicamente en efectuarles Gravindex una vez al mes por no contar el hospital con dosificación de gonadotropinas. No se les controla con RX de tórax. Los pacientes fueron seguidos únicamente durante 2 meses.

NOTA:

Posteriormente 5 pacientes fueron reingresadas al hospital. una paciente reconsultó a los 3 meses por hemorragia vaginal se le efectuó legrado Uterino Instrumental, diagnóstico el cual fue reportado como carcinosarcoma, motivo por el cual se le efectuó Histerectomía por Salpingooforectomía bilateral. Otra paciente reingresó a los 14 meses por tos y dificultad respiratoria; se le diagnosticó bronconeumonía y fue tratada con antibióticos, con el cual no mejoró el cuadro. Falleciendo con Impresión clínica: Bronconeumonía. No se encontró resultado de autopsia. Otro paciente reconsultó a los 18 meses por dificultad respiratoria, se diagnosticó tuberculosis pulmonar bilateral por placa de RX de tórax, no se diagnosticó por baciloscopia. Se les trató con medicamentos antituberculosos, a los cuales no respondió, falleció con impresión clínica, tuberculosis pulmonar. No hay nota de autopsia posteriormente, 2 pacientes fueron reingresadas y presentaron parto eutócico simple a las 15 y 29 meses respectivamente después de haber expulsado Mola.

CONCLUSIONES

1. Se encontró una frecuencia de 1 Mola por cada 814 embarazos atendidos en el Hospital y de 1 Mola por cada 658 partos atendidos en el Hospital.
2. El mayor porcentaje de Molas se presentó en pacientes en edades comprendidas entre 21 - 30 años.
3. Las pacientes multíparas fueron las más afectadas, correspondiéndoles el 71.42o/o de los casos.
4. El 85.71o/o de las Molas fueron diagnosticadas clínicamente no utilizándose para su diagnóstico ningún método de laboratorio o técnica radiológica.
5. El principal motivo de consulta fue por hemorragia vaginal.
6. La mayor parte de pacientes se presentaron con un embarazo de 21 a 25 semanas.
7. La raza más afectada fue la ladina.
8. La mayoría de pacientes que presentaron Mola Hidatiforme, procedían del Departamento de Escuintla.
9. Unicamente el 35.71o/o de las Molas fueron diagnosticadas al ingreso.
10. El 78.57 fueron resueltas por legrado uterino instrumental.
11. Al 48.85o/o de las pacientes se les efectuó procedimiento para evacuar la Mola con una Hemoglobina menor de 9 grs.
12. En el 78.56o/o de las pacientes se efectuó transfusión sanguínea.

13. Únicamente 6 casos se comprobaron con Patología.
14. La complicación más frecuente fue Anemia Secundaria a Hemorragia Vaginal.
15. El tiempo promedio de estadía por paciente en el Hospital fue de 15 días.
16. No se llevó ningún método adecuado de seguimiento en las pacientes y actualmente no continúa en control ningún caso.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al personal médico y estudiantes de medicina que laboran en el Hospital Nacional de Amatlán poner más énfasis en la historia clínica de ingreso.
2. En toda paciente ingresada al servicio de maternidad se le efectúe una adecuada descripción de los hallazgos del examen ginecoobstétrico de ingreso en la papeleta.
3. A toda paciente que se sospeche o se le diagnostique Mola Hidatiforme se le efectúe por lo menos RX de tórax, RX de abdomen y dosificación de gonadotropinas.
4. Mejorar el servicio de laboratorio del Hospital Nacional de Amatlán.
5. Mejorar la condición general de los pacientes antes de someterlos a un procedimiento de cirugía.
6. Hacer conciencia en las autoridades de salud del país sobre las necesidades e importancia que tiene un adecuado servicio de Patología.
7. Toda paciente que se le extraiga una Mola esta debe ser enviada al servicio de Patología.
8. Anotar en las papeletas los hallazgos encontrados al efectuar procedimientos quirúrgicos más detalladamente.
9. Reclamar informes de Patología.
10. Establecer un método adecuado para un buen seguimiento de las pacientes con Mola.
11. Hacer conciencia en los pacientes que presentaron Mola acerca de los riesgos y complicaciones que pueden presentarse.

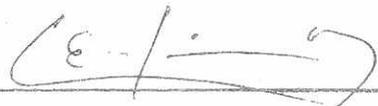
12. Disminuir la permanencia de las pacientes con Mola en el Hospital agilizando los trámites necesarios para su resolución.

BIBLIOGRAFIA

1. Mola Hidatiforme y Coriocarcinoma, Ginecología de Novak.
2. Schawarcs Sala Duberges, Obstetricia Mola Hidatiforme Coriocarcinoma.
3. Obstetricia de Williams J. Whitridge 1973. Mola Hidatiforme Coriocarcinoma.
4. Tesis: Mola Hidatiforme y su diagnóstico por ultra sonido Ronaldo Antonio Molina Pelaez 1974.
5. Hydatiforme Mole a vascular congenital anomaly. February 1976 vol. 47 No. 2.
6. Tesis: Mola Hidatiforme del departamento de maternidad Hospital Roosevelt. Roberto Giammatei Toriello.
7. Tesis: Mola Hidatiforme. Experiencias en el Hospital Nacional de Huehuetenango. Andrino L. Edgar R. 1978.
8. Tesis: Mola Hidatiforme y Coriocarcinoma. Estudio de casos en el Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital General de San Juan de Dios. Jaime Antonio Pineda Colorado Mayo de 1978.
9. Tesis: Mola Hidatiforme (Estudio retrospectivo en la s Maternidad en el Hospital Nacional de Escuintla, durante período de Enero de 1977 - Agosto de 1978). Dr. Hector Antonio González Cajas.
10. Tesis: Mola Hidatiforme incidencia y frecuencia en el Hospital regional Juan José Ortega de Coatepeque en el período comprendido del 1o. de Enero de 1975 al 31 de Diciembre 1979. Walter Homero Urrutia.
11. Tesis: Mola Hidatiforme. Incidencia en el Hospital Nacional Totonicapán (Estudio retrospectivo de 5 años) Gino Calderon Mesa.
12. Ginecología y Obstetricia de México, Septiembre 1975. V

38 No. 227 Coriocarcinoma.

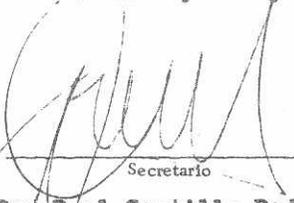
13. Jacobs, Patricia Et. Al. Chromosome Constitution of Gestational Trophoblastic Disease lancet (2) (8079) 48.49 Julio 1978.
14. Twiggs Et. Al. Acute Pulmonary complications of Molar pregnancy A. J. obst Gynec 135 (2) 189-94 September 1979.
15. Bagshawe KD *Others: Follow up after hydatidiform mole Studies using radioimmunoassay for urinary human chorionic gonadotrophin (HGC) J. Obstet Gynaec Brit Common 80:461, 1973.
16. Dawood MY & others: Serum estradiol - 178 and serum human chorionic gonadotrophin in patients with hydatiform moles Am J. Obst Gynec 199:904, 1974.
17. Goldstein DP: Prevention of gestational trophoblastic disease by use of actinomycin D in molar pregnancies. Obst Gynec 43: 475, 1974.
18. Tesis: Mola Hidatiforme en el Hospital General San Juan de Dios 1970. Eduardo López Palencia.
19. Defoort P Et. Al. Hydatiform Mole Combined with fetus: extended diagnostic Arsenal. A. J. Obst Gynec. 126 (8) 1049 December 1976.

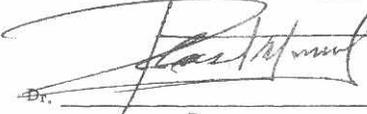
Br. 
Br. Carlos Enrique Méndez González.

Dr. 
Asesor.
Dr. Walter Antonio Reyes Arevalo
Medico y Cirujano.

Dr. 
Revisor.
Dr. Edgar William Reyes Arevalo
Medico y Cirujano

Dr. 
Director de Fase III
Dr. Carlos A. Waldheim
Medico y Cirujano

Dr. 
Secretario
Dr. Raul Castillo Redas
Medico y Cirujano

Vo. Bo.
Dr. 
Decano.
Dr. Relande Castillo Montalvo
Medico y Cirujano