



**MOLA HIDATIFORME, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO EN
EL HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA, DURANTE EL
PERIODO DE ENERO 1979 A OCTUBRE DE 1980**

OSVALDO ENRIQUE ARCHILA ILLESCAS

PLAN DE TRABAJO

- I. INTRODUCCION
- II. OBJETIVOS
- III. HIPOTESIS
- IV. JUSTIFICACION
- V. ANTECEDENTES
- VI. MATERIAL Y METODOS
- VII. CONSIDERACIONES GENERALES
- VIII. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS
- IX. CONCLUSIONES
- X. RECOMENDACIONES
- XI. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Desde hace mucho tiempo se viene estudiando esta entidad patológica, dado sus características ha recibido varios nombres como: Mola Vesicular, Mola en Racimos, Mixoma placentario o Mioma Placentario.

El propósito de realizar este trabajo de tesis titulado "MOLA HIDATIFORME, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA, DURANTE EL PERIODO DE ENERO 1979 A OCTUBRE 1980". Es conocer la sintomatología más frecuente, frecuencia de mola por embarazo, métodos diagnósticos disponibles, su tratamiento establecido, así como también la posibilidad de su seguimiento.

Con esto contribuiré en mínima parte para solucionar tantos problemas de salud que aqueja nuestra patria.

OBJETIVOS

ESPECIFICOS:

1. Establecer la incidencia de mola hidatiforme en el Hospital Nacional de Escuintla.
2. Determinar cual es la conducta seguida seguida para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la paciente con Mola.
3. Identificar, en sus diferentes aspectos, el tratamiento y sus resultados obtenidos.
4. Conocer el manejo y rehabilitación de la paciente con Mola.
5. Relacionar Altura Uterina con última regla para ayuda diagnóstica.
6. Conocer los métodos diagnósticos existentes y aplicarlos correctamente.

GENERALES:

1. Incrementar la investigación científica en el Hospital Nacional de Escuintla.
2. Actualizar conocimientos bibliográficos respecto a la mola hidatiforme.
3. Formar conciencia en la paciente sobre su enfermedad.

HIPOTESIS

1. La incidencia de mola hidatiforme en el hospital nacional de Escuintla es más alta en embarazadas jóvenes.
2. La Amniografía como método diagnóstico es de gran valor para diagnosticar mola.
3. La sintomatología más frecuente presentada es: hemorragia vaginal, amenorrea, ausencia de movimientos fetales.
4. El tratamiento de mola hidatiforme en el hospital no ha variado con respecto a estudios anteriores.

JUSTIFICACION

Establecer datos que nos orienten hacia la incidencia, complicaciones más frecuentes y tratamiento del mismo en este o determinado hospital; siendo la mola hidatiforme una entidad frecuente en nuestro medio y con afán de interesar al médico y al futuro médico sobre la detección y conocimiento del problema.

La frecuencia media de mola hidatiforme se calcula una en 600 partos, dicha frecuencia es mayor en multíparas y en mujeres de edad avanzada (45 años en adelante). Es raro que la mola hidatiforme puede repetirse en embarazos ulteriores aunque hay probabilidad de que la misma suceda en un 20/o.

En E.E.U.U., la mola ocurre una en cada 2,500 embarazos, en otros países como Asia del sur del pacífico, 1 por 530 embarazos. Taiwan 1 por 125 embarazadas.

En Guatemala el Dr. Aramburú reportó una incidencia en el Centro Infantil del I.G.S.S., en 1958 de 1 mola por 670 embarazos.

Estudios de Tesis realizados por el Dr. Giamatei en el Depto. de maternidad del Hospital Roosevelt en 1977 reportó 1 mola por 1,168 partos.

El Dr. Jaime Pineda, en el Hospital General San Juan de Dios en 1978, reportó 1 mola por 453 embarazos.

El Dr. Héctor Gonzáles Cajas efectuó estudios sobre mola hidatiforme en el Hospital Nacional de Escuintla en 1978 en dos años de estudio llegó a las conclusiones de que por cada 152 embarazos normales se da una mola; además el 100o/o de los casos fue resuelto por medio de Legrado Uterino instrumental.

Trabajos realizados por el Dr. Hiram H. Castillo Villatoro en el I.G.S.S. en 1980, reportó una incidencia de 1 mola por 752 embarazos normales.

El Doctor Edgar Andrino en su trabajo de Mola Hidatiforme en el Hospital Nacional de Huehuetenango, en un año de estudio reportó 1 embarazo molar por 402 embarazos normales en 1978.

El trabajo de tesis del Doctor Eduardo López Palencia

presenta el estudio de 53 casos encontrados en 15, 469 embarazos con significado de 1 mola hidatiforme por 291 embarazos en el Hospital General San Juan de Dios en 1979.

El Dr. Guillermo Estuardo Calderón M. encontró una incidencia de 1 mola por 129 partos normales en el Hospital de Totonicapán en un año de estudio 1980.

La incidencia de mola hidatiforme en el hospital nacional de Mazatenango durante 4 años de estudio 1976-1980 fue de 1 mola por 1,404 embarazos; trabajo realizado por el Dr. Gustavo Adolfo García.

Estudio efectuado por el Dr. Roberto Valdez Sierra en Cobán Alta Verapaz nos muestra una frecuencia de 1 mola por 250 partos en un año de estudio.

FRECUENCIA DE MOLA

COMPARACION CON OTROS PAISES

1. Giamatei	- Guatemala	- 1 X 1,168	- Embarazos
2. Márquez	- México	- 1 x 200	- Embarazos
3. Cabrera	- Chile	- 1 X 879	- Embarazos
4. Fernández	- Brasil	- 1 X 1,071	- Embarazos
5. Acosta	- Filipinas	- 1 X 173	- Embarazos
6. Chun	- Hong Kong	- 1 X 242	- Embarazos
7. De Snoo	- Holanda	- 1 X 1,071	- Embarazos
8. Jeffocate	- Inglaterra	- 1 X 2,000	- Embarazos
9. Novak	- U.S.A.	- 1 X 2,500	- Embarazos
10. William	- U.S.A.	- 1 X 2,000	- Embarazos

MATERIAL Y METODOS

I. MATERIAL:

1. Se tomó como muestra 10 fichas clínicas de pacientes con diagnóstico de Mola, comprendidas de Enero de 1979 a Octubre de 1980.
2. Las fichas clínicas fueron obtenidas del archivo del Hospital Nacional de Escuintla.

II. RECURSOS:

1. HUMANOS:

- 1.1 Asesor del trabajo de investigación
- 1.2 Revisor del trabajo de investigación
- 1.3 Autor del trabajo de investigación
- 1.4 Consultas a jefes de Ginecología del Hospital Nacional de Escuintla.

2. FISICOS:

- 2.1 Biblioteca del Hospital Roosevelt
- 2.2 Biblioteca de la U.S.A.C.
- 2.3 Biblioteca de la Facultad de Medicina
- 2.4 Tesario del Colegio de Médicos
- 2.5 Archivo del Hospital de Escuintla
- 2.6 Fichas clínicas de pacientes investigados
- 2.7 Cuadros y técnicas estadísticas.

III. METODO: Inductivo — Deductivo

FASES DE INVESTIGACION:

- A. Elaboración y presentación del protocolo.

- B. Estudio teórico del problema sobre diagnóstico y tratamiento de mola hidatiforme en el Hospital Nacional de Escuintla, con revisión de literatura nacional y extranjera.

CONSIDERACIONES GENERALES

DEFINICION:

HIDATIFORME: AD: de Hidátide: Tumor enquistado que contiene un líquido transparente.

TEPHEIN: Alimentar

BLASTOS: Gérmen.

TROFOBLASTO: Capa celular extraembrionaria epiblastica que fija el embrión a la pared uterina y la nutre. (3)

La definición de mola hidatiforme ha variado, sin embargo la mayoría de autores comparten el criterio de que no es un tumor maligno, además ha recibido varios nombres como Mola vesicular, mola en racimos, mixoma placentario.

Según Schwarcz lo describe como una degeneración quística edematosa de las vellocidades coriales que abarca la placenta y el resto del complejo ovular. Sin embargo Novak la describe como una afección en la cual las vellocidades coriales sufren enorme distensión por líquido apareciendo como vesículas botroides cuyo tamaño oscila entre algunos milímetros y el volumen de una cereza. En algunos casos está afectada toda la cavidad uterina, pero en otros casos solo una porción de la placenta. (10)

ETIOLOGIA

La etiología de las malformaciones trofoblásticas, permanecen aún en el campo de lo desconocido; sin embargo para una mejor comprensión de la misma, la dividiremos en cinco factores importantes:

- I. Factor Fetal
- II. Factor Trofoblástico
- III. Factor Materno

- IV. Factor Paterno
- V. Factor Inmunológico

I. FACTOR FETAL:

Según Brener H.G. Pangeles, en sus estudios realizados, el tejido de las vellocidades coriales pueden seguir viviendo ya que son nutridas por la circulación materna. Sus células secretan en el interior de las vellocidades, pero como falta una circulación fetal se acumula el líquido en aquellas, se dilatan y forman las típicas vellocidades.

Por razones desconocidas aparece más tarde una intensa proliferación del trofoblasto, con un aumento de la expresión de gonadotropinas. (3)

II. FACTOR TROFOBLASTICO:

En 1895 Marchand en su teoría en contra posición a lo anterior quien supone una proliferación primitiva del trofoblasto, además se considera que cuando se desarrolla un feto viable al lado de una mola, antes consideraban que solo era factible en embarazos gemelares, a partir de un óvulo fecundado se origina la mola vesicular y del otro se engendraba el feto. (3)

III. FACTOR MATERNO:

Los resultados obtenidos por Beischer hablan en contra de esa opinión, pues en 82 casos de mola vesicular con desarrollo simultáneo de feto, pudo demostrar que solo existía una placenta, posteriormente Beischer y col realizaron estudios con cariograma en el tejido placentario, encontrando una configuración 69/XXX, con esto se pudo comprobar y sin duda, que tanto el producto fetal como vesicular se desarrollan del mismo producto del embarazo.

La triploidia es sin lugar a dudas la aberración cromosómica más observada en la actualidad según todos los estudios realizados, los resultados obtenidos en el origen de las neoformaciones trofoblásticas pueden estar condicionados a varias causas, siendo

con mayor frecuencia y primordialmente la causa fetal y en algunos casos la materna.

- El factor fetal es la muerte del embrión o el desarrollo defectuoso del mismo (3).
- El factor materno es la asociación de esta enfermedad con una nutrición insuficiente (3).

IV. FACTOR PATERNO:

Carr observó que las alteraciones hidrópicas, la degeneración hidatiforme y las verdaderas molas presentan rasgos anatomopatológicos y citogenéticos comunes. Se han hecho estudios citogenéticos del origen de la mola hidatiforme, se ha encontrado que recibe solo cromosomas paternos y de allí que es un hallazgo androgénico en origen.

La androgenesis es el desarrollo de un óvulo bajo la influencia de un núcleo espermatozario, el núcleo del huevo es ausente e inactivado; los cigoides androgenéticos usualmente son haploides. La androgénesis diploidea las molas involucran un complemento cromosómico masculino, que ha hecho diploideo a través de fertilizaciones, por los espermatozoides; por un esperma diploideo o por un esperma haploideo, seguido por duplicación de sus cromosomas y la no división a primera mitosis.

Estas dos posibilidades son indistinguibles, ambos de estos eventos producirían un cigote diploideo, conteniendo ya sea XX ó XY debido a que cada célula debería tener siquiera un cromosoma X para sobrevivir, presumiblemente solamente los cigoides XX pudieran sobrevivir, para hacer una mola. (17)

Una división mitótica primaria anormal en el masculino, resultaría en un esperma diploide XY en el cual a su vez produciría una mola XY.

V. FACTOR INMUNOLOGICO:

La inmunidad mediada por células está reducida en

pacientes con coriocarcinoma pero no en los casos de mola hidatiforme, un factor inmunitario supresivo, puede presentarse en el suero de pacientes con coriocarcinoma y mola destructiva. (17)

En estudios realizados en el sistema inmunológico se ha encontrado en el suero de la mujer, con enfermedad trofoblástica, anticuerpos que después de ser atacado el tumor, con quimioterapia han disminuido progresivamente hasta ser indetectables, sugiriendo que la fuente inmunológica de antígenos fue el tumor.

La inmunidad mediada por células está reducida en pacientes con coriocarcinoma pero no en los casos de mola hidatiforme, un factor inmunitario supresivo puede presentarse en el suero de pacientes con coriocarcinoma y mola destructiva. (17)

Hay estudios que demuestran que los tipos de sangre ABO no tienen una significación de importancia en las neoplasias trofoblásticas. En otros estudios se ha demostrado que las mujeres con grupo "O", tienen alto riesgo mientras que mujeres con grupo "A" y esposo grupo "A", el riesgo es más bajo.

La regresión espontánea es más frecuente en esposos de hombres del mismo fenotipo ABO, pacientes del grupo AB tienen tendencia a presentar una progresión más rápida del tumor y no responden bien a la quimioterapia, estos datos indicaron que los factores genéticos afectan el desarrollo del coriocarcinoma. (17)

ANATOMIA PATOLOGICA

En la Mola Hidatiforme las vellosidades sufren enorme distensión por el líquido, apareciendo vesículas Botroides cuyo tamaño oscila entre algunos milímetros y el volumen de una cereza, el aspecto macroscópico de una Mola Hidatiforme es el de un racimo de uvas a causa del enorme edema de las vellosidades.

A menudo la cavidad uterina está llena de tejido molar, en otras ocasiones sólo está afectada una porción placentaria. En

general no existe embrión, aunque en algún caso la Mola se inicia en una parte de la placenta acompañada de un feto normal.

La estructura microscópica se caracteriza por:

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

Hertig sugiere que la Mola resulta de una simple acumulación de líquido después de agenesia completa o degeneración temprana, del sistema cardiovascular embrionario en la 3a. o 5a. semana, la teoría de que las Molas Hidatiformes tengan su origen en las vellosidades con vascularización deficiente sugiere que un examen precoz hubiese demostrado al menos un saco fetal.

La probable secuencia de eventos en el desarrollo de edema de las vellosidades Hidrópicas es:

1. Muerte temprana o ausencia de embrión.
2. La desaparición de los vasos sanguíneos de las vellosidades.
3. La acumulación de líquido estromal a través de la actividad del trofoblasto que permanece funcionando.

OTROS HALLAZGOS MICROSCOPICOS

1. Es corriente la Eosinofilia y Picnocirosis elevada (30-60o/o).
2. Hay modificación progestacional, puede haber reacción luteínica por quistes del ovario.
3. Se puede observar Hematías, Leucocitos, Linfocitos y Placas Endocervicales.

4. Existen elementos celulares de 2 tipos:
- Células parecidas a las basales se diferencian por su forma irregular (ovaladas, cúbicas, poliedricas).
 - Masas sincitiales en tabla y forma variable conteniendo numerosos núcleos regulares, el citoplasma se encuentra coloreado de verde oscuro.
5. Demora en la aparición de cuadros citológicos proliferativos para el Post-aborto por efecto progestínico por saturación de Gonadotropinas.

CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES DEL TROFOBLASTO

Diversas son las clasificaciones que se hacen de la Mola Hidatiforme. En el presente trabajo se toma en cuenta la clasificación de Hertig y Mansell y la descripción comparativa con los nombres y grupos de clasificaciones anteriores hechas por Hertig y Sheldon.

Grado	Nombre Nuevo	Grupo Viejo	Nombre Viejo
1	Aparentemente benigna	I	Benigna
		II	Probablemente benigna
2	Potencialmente benigna	III	Posiblemente benigna
		IV	Posiblemente Maligna
3	Aparentemente maligna	V	Probablemente maligna
		VI	Maligna

CRITERIOS HISTOLOGICOS PARA CLASIFICACION

- GRUPO I. Benigno Nada o una ligera hiperplasia trofoblástica.
- GRUPO II. Probablemente Benigno Ligera o moderada hiperplasia, mayor hiperplasia que en el primer grupo.
- GRUPO III. Posiblemente Benigno Hiperplasia con ligera anaplasia, grados diferentes de anaplasia trofoblástica y una ligera o definitiva anaplasia.
- GRUPO IV. Posiblemente Maligno Anaplasia moderada con hiperplasia, marcada hiperplasia del sinsitio trofoblástico y citotrofoblasto y anaplasia moderada.
- GRUPO V. Probablemente Maligno Anaplasia marcada con hiperplasia, el trofoblasto demuestra marcada anaplasia.
- GRUPO VI. Maligno Crecimiento trofoblástico exuberante con marcada anaplasia. Hay excesiva hiperplasia del trofoblasto con anaplasia y evidencia de invasión endometrial. (1)

SINTOMATOLOGIA

Todos los síntomas de la mola hidatiforme dependen del aumento morfológico y funcional de la placenta.

I. DEL AUMENTO MORFOLOGICO

- A. El útero se encuentra desproporcionalmente aumentado en relación con la amenorrea. El fondo

uterino se halla a mayor altura que el correspondiente a la edad de embarazo, siendo así mismo exagerado su desarrollo transversal, no así en el sentido anteroposterior, en el que se observa un aplanamiento. 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.

La consistencia del cuerpo es pastosa, pero sobre él se injertan algunas contracciones. Es notoria la ausencia de signos fetales, no palpándose elementos del mismo, ni auscultándose latidos; las radiografías son al respecto igualmente negativas; por el tacto vaginal el aumento de volumen del útero determina una formación precoz del segmento inferior, notándose así mismo el cuello dilatado. El mismo tacto revela la existencia de quistes luteínicos bilaterales señalados. (12)

- B. El desproporcionado aumento del contenido uterino determina desprendimiento del mismo de las zonas de inserción parietal, lo que ocasiona hemorragias continuas o intermitentes. Estas aparecen entre el segundo y quinto mes; su aspecto es líquido y rojo, semejando a veces un flujo acuoso; antes de la expulsión de la mola se produce a veces la eliminación de vesículas características. La intensidad de la hemorragia es mediana, pero la repetición suma los efectos, instalándose tras ello un fondo clínico de anemia progresiva. (12)

II. DEL AUMENTO FUNCIONAL:

- A. La hiperplasia vellositaria puede ocasionar la aparición de hiperemesis gravídica o de toxemia gravídica hipertensiva (hipertensión, edemas, proteinuria, etc.).

- B. Como una expresión de esta desproporcionada sobre actividad funcional, la reacción de FRIEDMAN cuantitativa revela una crecida actividad de gonadotropinas urinarias por encima de 400,000 UI en 24 hrs. (60,000 UBC), consignando algunos autores cifras más elevadas a la señalada. No obstante ser estas cifras casi seguras para el diagnóstico, este se puede presumir con fundamento con tasas entre 200,000 y 400,000 UI. en 24 hrs. (30,000 — 60,000 UBC). También se pueden usar otras determinaciones cuantitativas como la reacción de Galli Mainini o el test de Latex. Sin embargo la tasa de gonadotropinas no siempre es elevada, pudiendo existir excepcionalmente molas con niveles similares a los del embarazo normal.

De los signos descritos, la elevada excreción de Gonadotropinas y la expulsión de vesículas son las más significativas. El último tiene el valor de un signo patognomónico, valor que disminuye por ser como se ha dicho, de la fase terminal. (12)

El síntoma clínico principal de la mola hidatiforme es la hemorragia, que se presenta generalmente hacia el tercero o cuarto mes del embarazo. Los exámenes revelan que el tamaño del útero es mayor que el que normalmente le corresponde para esa fase de la gestación. Esta regla tiene, no obstante, muchas excepciones, puesto que no pocas veces ya se han expulsado grandes fragmentos de la mola antes que la paciente se ponga en observación.

A pesar de llegar el útero por encima del ombligo no se oyen ruidos cardíacos fetales, y los rayos X no revelan sombras esqueléticas. A veces es sospechoso para la paciente extraer grandes o pequeñas masas de tejido vesicular característico. Hay los síntomas subjetivos del embarazo frecuentemente con toxemia de primer trimestre de embarazo y cirototoxicosis en ocasiones. (10)

DIAGNOSTICO

Para poder determinar el diagnóstico clínico de Mola Hidatiforme el único signo patognomónico es la observación de las vesículas ya sea por expulsión espontánea o por biopsia aspirativa.

La sospecha de embarazo molar en embarazos de más de 18 semanas, se puede comprobar por la ausencia de ruidos cardíacos fetales a la auscultación y falta de partes fetales y movimientos a la palpación. Además de la desproporción de la altura uterina con respecto a la edad de la amenorrea, se puede encontrar signos y síntomas de hiperemesis gravídica pero para poder llegar a un diagnóstico definitivo, debemos valernos de los siguientes métodos: (8)

DIAGNOSTICO HORMONAL: (H.C.G.)

La dosificación de gonadotropinas coriónicas humanas en orina es útil para hacer el diagnóstico de mola hidatiforme y otras enfermedades del trofoblasto, ya que su excreción se encuentra aumentada, respecto al embarazo normal, siendo más segura esta medición 100 días después del último período menstrual, pero hay que tener presente que una elevación similar, puede ocurrir en un embarazo gemelar o múltiple. (100,000 U.I./24 hrs.) Pero si las gonadotropinas persisten altas es un signo importante del crecimiento anormal del trofoblasto (más de 500,000 UI./24 hrs.). (8)

Se menciona que la hormona Tiroidea, el Calcio aumentado y la Hipermagnesemia acompañan a la mola. (8)

La eliminación de pregnandiol-urinario (índice de concentración sanguínea de progesterona) se encuentra aumentada en toda mola activa y evolutiva. (8)

Se menciona también que la H.C.G. secretada por la mola, desempeña una actividad F.S.H. mientras que la producida por coriocarcinoma tiene una actividad L.H. (8)

DIAGNOSTICO POR ULTRASONIDO:

- En 1958 Donald hace estudios sobre Ecografía en Obstetricia. (1)
- En 1970 el Doctor Carranza y varios médicos inician la osciloscopia B en Guatemala. (1)
- El diagnóstico de mola hidatiforme por medio de Ecografía puede hacerse correctamente, debido a que las vesículas se encuentran llenas de fluido, pues las ondas lo atraviesan sin encontrar interfases, pudiendo encontrar sus paredes posteriores, la imagen ultrasónica muestra ecos característicos.
- Entre la décima y duodécima semana de embarazo, puede dar lugar a confusión en diagnóstico molar por la desorganización fetal, porque según Layle el coeficiente de diagnóstico por ultrasonido es de 98.7o/o. (7)

DIAGNOSTICO RADIOLOGICO:

La radiología es usada como método diagnóstico a partir de la 22 semana de gestación para poder demostrar con mayor seguridad la ausencia del esqueleto óseo fetal, por lo que se toma una placa vacía de abdomen.

Se puede utilizar la Amniografía o radiografía contrastada por una sustancia radio-opaca (hipaque): se inyecta en la cavidad amniótica, de 20 a 30 milímetros de sustancia obteniendo a los 5 minutos una imagen de comida de panal de abejas o polilla. (12)

Otro método de gran ayuda es el Arteriograma selectivo.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

1. ABORTO (amenaza o espontáneo)
2. INSERION BAJA DE PLACENTA.

3. EMBARAZO MULTIPLE

4. HIDRAMNIOS AGUDO

5. TUMORES OVARICOS

6. EMBARAZOS ECTOPICOS (5)

COMPLICACIONES AGUDAS PULMONARES EN EL EMBARAZO MOLAR.

En el hospital de los Angeles según un estudio efectuado en 128 pacientes a quienes se les dio tratamiento de evacuación uterina, el 10.7o/o desarrollaron complicaciones pulmonares agudas, los síntomas se presentan 12 horas después de la evacuación caracterizados por: Taquicardia, Taquipnea o hipoxemia. Entre los factores que contribuyeron a dichas complicaciones pulmonares están:

1. Deportación Trofoblástica:

La deportación vascular del trofoblasto fue descrita por Aschmorl en 1892 y ha sido aceptado como un comportamiento normal del trofoblasto; sus hallazgos fueron corroborados por Dowlas y Col. quienes aislaron en trofoblasto de las venas uterinas de las mujeres con embarazos de 18 semanas a término como se evidencia por un aumento del útero y el patrón histológico del trofoblasto proliferante. El embarazo molar con su rápido crecimiento y propensión a invasión muscular aparentemente tiene una adaptación más intensa de trofoblasto que en el embarazo normal.

Wagner midió el trofoblasto en la vena cava de 4 pacientes que se les realizó legrado por embarazo molar, por aborto incompleto y notó que ningún trofoblasto fue recobrado hasta que el útero fue palpable o manipulado mecánicamente.

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

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

La deportación del trofoblasto se le considera clínicamente como una de las causas de trastornos pulmonares.

Llewellynjons en una serie de 180 casos de embarazo molar, notó que la Oxitocina de inducción o de expulsión espontáneo se presenta desorden respiratorio acompañado de taquicardia, disnea y cianosis, él atribuye que los síntomas pulmonares se deben a la deportación intravascular trofoblástica. (16)

2. Tirototoxicosis:

Es otro factor que contribuye en el fallo hemodinámico del embarazo molar. Aquí hay una estimulación de la hormona Tiroidea T.S.H. (produce aumento en la actividad cardíaca).

Tisne y asociados fueron los primeros en determinar la captación de yodo radiactivo en el embarazo normal, también describió un caso de mola hidatiforme e hipertiroidismo clínico, más tarde Dowling y asociados aportaron 3 casos de embarazo molar con un aumento de la función tiroidea que regresaron a lo normal después de la evacuación. (16)

3. Preeclampsia:

Se aumenta la resistencia arteriolar, disminuye el volumen de sangre y la velocidad de filtración glomerular, hay una tendencia marcada a la retención de agua y sodio los cuales causan problemas cardiovasculares. (16)

PRONOSTICO

El pronóstico del proceso puede considerarse fatal para el feto en un 100o/o y grave para la madre, siendo las causas, la

hemorragia, la toxemia, la perforación y la posible evolución hacia el coriocarcinoma.

La aparición de coriocarcinoma en la mola hidatiforme probablemente no excede de 2 a 3o/o. (12)

Hertz ha hecho la siguiente clasificación de la enfermedad trofoblástica, dividiéndola en cuatro grupos importantes, aquí nos ocuparemos únicamente del primer grupo por ser la que corresponde al presente trabajo.

GRUPO I ENFERMEDAD TROFOBLASTICA NO METASTASTASICA.

- Tumor confinado únicamente al útero.
- Título de HCG y duración de la enfermedad importante.
- Todos los diagnósticos son histopatológicos.

GRUPO II ENFERMEDAD TROFOBLASTICA LOCALMENTE INVASIVA.

- Metástasis aparente en miometrio.
- Título menor de 100,000 UI c/24 horas.
- Duración de la enfermedad menos de 4 meses.
- Diagnósticos histopatológicos se repiten en cada grupo.

GRUPO III ENFERMEDAD TROFOBLASTICA METASTASICA BAJO RIESGO

- Metástasis en sitios no en hígado, cerebro o intestino.
- Título de HCG más alto de 100,000 UI c/24 horas.

- Duración de la enfermedad más de 4 meses.
- Diagnóstico histopatológico se repite en c/grupo.

GRUPO IV ENFERMEDAD TROFOBLASTICA METASTASICA ALTO RIESGO.

- Metástasis aparente en cerebro, hígado o intestino.
- Título de HCG y duración de la enfermedad menos importante.
- Todos los diagnósticos son histopatológicos. (18)

Las categorías terapéuticas según su pronóstico son agrupadas por listados con respecto a la presencia y localización de metástasis, duración de la enfermedad y altura del título.

TABLA I

CLASIFICACION TERAPEUTICA DE LA ENFERMEDAD GESTACIONAL TROFOBLASTICA BASADA EN SU PRONOSTICO

Grupo	Metastasis	Título de 100,000 UI: En 24 hrs. o duración mayor de 4 meses	Metastasis a Hígado o Cerebro	Pronóstico
I	—	—	—	Excelente
II	+	—	—	Bueno
III	+	+	—	Regular
IV	+	+	+	Malo

GRUPO No. I NO METASTASICO:

Pacientes en esta categoría encuentran su enfermedad en el útero después de exámenes físicos y Rayos X cuidadosos. Los cuadros clínicos más comunmente encontrados incluyen:

1. Mola hidatiforme no evacuada.
2. Embarazo molar recientemente evacuado.
3. Persistencia de títulos de HCG después de la evacuación de una mola.
4. Coriocarcinoma después de aborto o parto a término. (18)

TRATAMIENTO**1. MOLA HIDATIFORME NO EVACUADA:**

El manejo básico de una paciente con mola hidatiforme intacta es evacuación del útero. Dilatación y legrado son recomendados cuando el tamaño del útero es de 12 semanas o menor. La succión es el método de elección cuando el útero es más grande o que corresponda a más de doce semanas.

En el uso de cualquiera de estos procedimientos, la infusión de oxitósicos, está indicado para aumentar la contractilidad del útero, por sus efectos hemostáticos, y para disminuir la posibilidad de perforaciones accidentales. Aunque la histerectomía previamente ha sido recomendada para la evacuación cuando el útero está aumentado de tamaño, la práctica actual sugiere que la inducción de contracciones por un exitósico seguido por succión, legrado o ambos, después del pasaje del tejido molar es un procedimiento práctico, y seguro. Sin embargo si se encuentra hemorragia profusa incoercible, histerectomía o histerotomía, puede ser el tratamiento de elección.

El control de pacientes después de la evacuación de una

mola hidatiforme indica que esta terapia es curativa en un 90o/o. (18)

El control cuidadoso es muy importante por la incidencia de secuela maligna de pacientes no curados por evacuación del útero. Involución incompleta del útero y hemorragia vaginal pueden ser signos de enfermedad trofoblástica persistente; pero las medidas de títulos de hormonas Gonadotropinas coriónicas es el método más confiable para identificar pacientes que necesitan terapia adicional. Delfs siguió cuidadosamente la disminución de HCG después de evacuación de una mola hidatiforme y se encontró que 23.5o/o de 81 pacientes tuvo un ensayo positivo de HCG a las 8 semanas y de este grupo aproximadamente la mitad desarrolló una condición maligna clínica o histológica. La disminución gráfica de HCG después de evacuación, también ha sido demostrado de ser útil en la predicción de estos pacientes que muestran posibilidad de desarrollar secuelas malignas. Una vez la mola esté evacuada los estudios de control consisten:

- Determinaciones seriadas de HCG cada 8 semanas.
 - Tomar radiografías de torax y hacer examen físico.
- Se instituye la quimioterapia cuando:
1. Hay nivel constante de HCG en 2 semanas consecutivas.
 2. Si niveles de HCG aumenta después de la evacuación.
 3. Si niveles de HCG persisten en la orina o plasma después de 8 semanas.

La combinación temporal de quimioterapia y cirugía en el manejo de pacientes con neoplasias gestacionales trofoblásticas estuvo propuesto por LEWIS y Col. En 1965 para tratar las células que quedaran en el útero o entraran a la circulación por el procedimiento quirúrgico. La efectividad de este método fue reportado cuando la Actinomicina D fue dada al mismo tiempo del legrado en embarazos molares. Aunque parece que la enfermedad estuvo eliminada y la secuela local proliferativa disminuyó por esta técnica; la mayoría de actores no recomiendan su uso como

práctica de rutina, ellos objetan por las observaciones siguientes:

1. La mayoría de pacientes están curadas por evacuación solamente.
2. Esencialmente toda paciente que desarrolle secuelas malignas en el período inmediato post-evacuación pueden ser curadas por técnicas actuales.
3. La toxicidad por el medicamento es mínima es la mayoría de pacientes, aunque pueden haber reacciones severas o aún la muerte en pacientes especialmente sensitivas.
4. Agentes citotóxicos son teratogénicos, así cambios recesivos mutantes pueden ocurrir.

Las autoridades están de acuerdo que este tratamiento debe ser limitado a uso de clínicos con experiencia en la técnica y que tengan acceso a los laboratorios para monitorizar la toxicidad del medicamento, cuando se usa la quimioterapia adjunta debe ser dado según el caso, y, talvez limitado a los pacientes los cuales tienen una historia de embarazos molares anteriores o en los cuales su control está en duda. (18)

La histerectomía como terapia primaria en embarazos molares no evacuados está usualmente reservada para pacientes que han cumplido su función reproductiva. También se considera la terapia adecuada en pacientes de más de 40 años de edad y con alta paridad, por riesgo de que aumente su malignidad. (18)

EMBARAZO MOLAR RECIENTEMENTE EVACUADO

Las pacientes referidas para manejo después de la evacuación de una mola hidatiforme, se ingresan para legrado si se presenta hemorragia vaginal o subinvolución del útero. Se administra rápidamente la quimioterapia, si se encuentra en cualquiera de las condiciones siguientes:

1. Diagnóstico histopatológico de mola invasiva ó coriocarcinoma.

2. Cuando la curva de HCG está plana o elevada.
3. Cuando aparece evidencia por radiografías, de metástasis durante el período de control. (18)

PERSISTENCIA DE TITULOS DE HCG DESPUES DE LA EVACUACION DE UNA MOLA

Para facilitar la identificación temprana de las pacientes que necesitan terapia adicional se requieren ensayos específicos y sensitivos para monitorizar la regresión de HCG después de la evacuación de una mola, se aconseja en este momento el ingreso al hospital para evaluación completa y tratamiento porque puede haber desarrollo de la enfermedad trofoblástica maligna en la mitad de las pacientes que tienen un ensayo positivo de HCG a las 8 semanas. El manejo de los pacientes con enfermedad no metastásica antes del tratamiento, como la elección de quimioterapia y la rutina de administración serían discutidos con respecto a la terapia para pacientes del Grupo I. (18)

RESUMEN DEL GRUPO I

El manejo inicial de pacientes antes de empezar quimioterapia se empieza con historia clínica completa y examen físico, además de los estudios de laboratorio siguientes:

- Hemoglobina, hematocrito, recuento y fórmula.
- Transaminasas glutámico oxalacética en suero.
- Fibrinógeno plasmático.
- Exámenes de orina de rutina.
- Bilirrubinas y fosfatasa alcalina.
- Tx de Torax.
- Determinación cuantitativa de HCG en orina de 24

horas. y una muestra en suero. (18)

NO METASTASICA (GRUPO I)

Methotrexate 10 — 30 mgr. IMC c/24 hrs. X 5 días ó

Actinomicina D. 8 — 13 gr. IV / Kgr. c/24 hrs. X 5 días.

La quimioterapia está indicada cuando los niveles de HCG son planos (por 2 semanas consecutivas), se elevan o persisten después de 60 días de la evacuación de un embarazo molar y cuando el diagnóstico histopatológico es mola invasiva o coriocarcinoma. Ambos medicamentos tienen la misma efectividad en el tratamiento de enfermedad trofoblástica no metastásica.

Actinomicina D. es el medicamento de elección cuando halla compromiso hepático o si en la tarepia adjunta se empleó cirugía. En centros donde la quimioterapia está dada en adición a cirugía la dosis es de 12 gr./ Kgr. /día IV. X 5 días; La Actinomicina D debe ser dada en el tubo de una infusión intravenosa teniendo el cuidado de que la infiltración extravascular cause necrosis y descamación. La infusión arterial pélvica de agentes quimioterapéuticos a dosis de aproximadamente 50o/o de la usada sistemáticamente ha sido dada por Hamond y Parker para enfermedad resistente limitada al útero. (18)

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

Para la realización del presente trabajo se revisó el archivo del hospital nacional de Escuintla, encontrando que en el período estudiado se registraron 5.480 pacientes embarazadas, de las cuales 10 fueron embarazos molares, los parámetros estudiados fueron los siguientes:

—	Edad de la paciente	11-21
—	Estado civil	
—	Ocupación	10-11
—	Escolaridad	
—	Procedencia	77-100
—	Motivo de consulta	
—	Signos y síntomas más frecuentes	98-100
—	Antecedentes patológicos	
—	Número de embarazos de la paciente	25-100
—	Menarquia	
—	Abortos anteriores	98-100
—	Tiempo de Gestación	
—	Relación. Altura Uterina-Ultima regla	
—	Impresión clínica de ingreso	100-100
—	Métodos diagnósticos utilizados (HCG, Rx Torax, Rx Abdomen, Amniografía, otros).	
—	Tratamiento intrahospitalario	
—	Complicaciones	
—	Tipo de egreso	
—	Informe patológico	
—	Días de hospitalización	
—	Control post-egreso	
—	Frecuencia.	

CUADRO No. 1

CUADRO CON DISTRIBUCION DE CASOS, SEGUN GRUPO ETAREO, EN CIFRAS ABSOLUTAS Y PORCENTUALES.

EDAD	No. CASOS	PORCENTAJE
15 - 20	2	20o/o
21 - 25	5	50o/o
26 - 30	2	20o/o
31 - 35	0	0o/o
36 - 40	1	10o/o
TOTAL	10	100o/o

En el cuadro anterior encontramos que el mayor número de molas en el trabajo realizado fue entre las edades comprendidas de 21 a 25 años. Por lo que deducimos que estas se presentan con mayor frecuencia en mujeres de edad fértil.

CUADRO No. 2

CUADRO CON DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN ESTADO CIVIL EN CIFRAS ABSOLUTAS Y PORCENTUALES

EST. CIVIL	No. CASOS	PORCENTAJE
Casadas	5	50o/o
Solteras	0	0o/o
Unidas	5	50o/o
TOTAL	10	100o/o

En este cuadro encontramos el mismo porcentaje en mujeres casadas y unidas, por lo que no se encontró relación de la enfermedad con el estado civil de las pacientes.

CUADRO No. 3

CUADRO CON DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN OCUPACION DE LAS PACIENTES

OCUPACION	No. CASOS	PORCENTAJE
Of. Domésticos	9	90o/o
Maestra Educación Primaria Urbana	1	10o/o
TOTAL	10	100o/o

En el cuadro presentado notamos que el mayor porcentaje de pacientes con mola fue de oficios domésticos; esto podría deberse a que las condiciones socio-económicas en estas pacientes son bajas, lo cual es probable que influya en la frecuencia de embarazo molar.

CUADRO No. 4

CUADRO CON DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN ESCOLARIDAD DE 10 PACIENTES ESTUDIADAS, EN CIFRAS ABSOLUTAS Y PORCENTUALES

ESCOLARIDAD	No. CASOS	PORCENTAJE
Alfabeta	4	40o/o
Analfabeta	6	60o/o
TOTAL	10	100o/o

Aquí encontramos que el mayor número de pacientes con mola es analfabeta o sea el 60o/o, lo cual también es parte de las condiciones socio-económicas, condición relacionada con la enfermedad.

CUADRO No. 5

CUADRO CON DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN
PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES EN ESTUDIO

PROCEDENCIA	No. CASOS	PORCENTAJE
Area Urbana	4	40o/o
Area Rural	6	60o/o
TOTAL	TOTAL	10
		100o/o

Del cuadro anterior nos damos cuenta de que el 60o/o de pacientes proceden del area rural. 40o/o del área urbana; además estas pacientes son de bajos recursos económicos, lo cual de alguna manera puede influir en esta enfermedad.

CUADRO No. 6

DISTRIBUCION DE CASOS, SEGUN MOTIVO DE CONSULTA,
EN CIFRAS ABSOLUTAS Y PORCENTUALES, EN DIEZ CASOS
ESTUDIADOS

MOTIVO DE CONSULTA	No. CASOS	PORCENTAJE
Hemorragia vaginal	9	90o/o
Referida por médico particular	1	10o/o
TOTAL	TOTAL	10
		100o/o

En este cuadro observamos que la mayoría de pacientes con mola consultaron al hospital por hemorragia vaginal en casi el 100o/o; por lo que deducimos que el síntoma principal es éste; además coincide con el resto de literatura nacional y la reportada en literatura extranjera.

CUADRO No. 7

CUADRO CON DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN: SIGNOS Y SINTOMAS MAS FRECUENTES ENCONTRADOS EN EL PRESENTE ESTUDIO

SIGNOS Y SINTOMAS	No. CASOS
- Amenorrea	10
- Hemorragia Vaginal	10
- Ausencia de movimientos fetales.	7
- Mareos, nauseas, vómitos y fiebre.	5
- Expulsión de Coágulos y pellejitos	8
- Dolor de cintura e hipogastrio.	5
- Dolor tipo parto	2
TOTAL	47

El cuadro anterior nos muestra que, la Amenorrea, la hemorragia vaginal, expulsión de pellejitos y coágulos así como la ausencia de movimientos fetales, fueron los síntomas con más frecuencia encontrados; en lo que respecta a la amenorrea podemos decir, que esta duró entre 2 y 6 meses y que el 50o/o de pacientes presentó la hemorragia entre el tercero y cuarto mes.

CUADRO No. 8

CUADRO CON DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN: ANTECEDENTES PATOLOGICOS O ENFERMEDADES ANTERIORES MENOS DE 1 AÑO.

ENFERMEDADES ANTERIORES	No. CASOS	PORCENTAJE
Tuberculosis	1	10o/o
Mastitis	1	10o/o
Paludismo	2	20o/o
Ninguna	6	60o/o
TOTAL	10	100o/o

En el cuadro anterior notamos que, según historia clínica el 60o/o de pacientes no presentaron ninguna enfermedad de importancia, mientras que el 20o/o reportaron antecedentes de paludismo, 10o/o con antecedentes de tuberculosis, lo cual era una enfermedad no tratada adecuadamente que pudo haber empeorado el cuadro de mola.

CUADRO No. 9

CUADRO CON DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN LA EDAD DE LA PRIMERA MENSTRUACION (MENARQUIA)

EDAD EN AÑOS	No. CASOS	PORCENTAJE
11 a 12	1	10o/o
13 a 14	3	30o/o
15 a 16	4	40o/o
Desconocida	2	20o/o
TOTAL	10	100o/o

Del cuadro anterior nos podemos dar cuenta que el 40o/o de pacientes tuvo su primera menstruación en las edades comprendidas entre 15 y 16 años, el 30o/o en las edades de 13 a 14 años.

CUADRO No. 10

CUADRO CON DISTRIBUCION DE CASOS TOMANDO EN CUENTA EL NUMERO DE GESTAS DE LA PACIENTE CON MOLA HIDATIFORME

No. GESTAS	No. CASOS	PORCENTAJE
0 a 1	3	30o/o
2 a 4	4	40o/o
5 a 6	2	20o/o
7 ó más	1	10o/o
TOTAL	10	100o/o

Analizando el presente cuadro podemos decir que la mola es más frecuente en pacientes con 2 a cuatro embarazos, esto en base al estudio realizado en el hospital nacional de Escuintla.

CUADRO No. 11

DISTRIBUCION DE CASOS TOMANDO EN CUENTA LOS ABORTOS ANTERIORES, EDAD DE LA PACIENTE, ANTES DE PRESENTAR MOLA.

EDAD	No. DE ABORTOS	PORCENTAJE
15 a 20	0	0o/o
21 a 25	0	0o/o
25 a 30	1	10o/o
31 a 36	1	10o/o (*)
Sin abortos	8	80o/o
TOTAL	10	100o/o

En el cuadro anterior observamos que el ochenta por ciento no tenían antecedentes de abortos anteriores.

(*) Paciente con antecedentes de 4 abortos anteriores, 3 abortos espontáneos y 1 aborto traumático.

CUADRO No. 12

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN, DIAGNOSTICO DE INGRESO, EN CIFRAS ABSOLUTAS Y PORCENTUALES DE 10 CASOS ESTUDIADOS.

DIAGNOSTICO DE INGRESO	N.º DE CASOS	PORCENTAJE
Mola Hidatiforme	4	40o/o
Amenaza de Aborto	2	20o/o
Aborto Incompleto	2	20o/o
Aborto en Curso	1	10o/o
Amenaza de Parto Prematuro	1	10o/o
TOTAL TOTAL	10	100o/o

De los pacientes estudiados encontramos que el diagnóstico de ingreso en menos del 50o/o coincide con el diagnóstico efectuado en servicio de ginecología.

CUADRO No. 13

CUADRO CON DISTRIBUCION DE CASOS; RELACION, ALTURA UTERINA CON ULTIMA REGLA, EN CIFRAS ABSOLUTAS Y PORCENTUALES

RELACION AU-UR	No. CASOS	PORCENTAJE
AU = UR	3	30o/o
AU > UR	3	40o/o
AU < UR	0	0o/o
No Tomada	3	30o/o
TOTAL	10	100o/o

Del presente cuadro concluimos de que la Altura Uterina en un 40o/o se encuentra aumentada con respecto a lo normal que debiera tener con relación a última regla; 30o/o coincide con la última regla, 30o/o no fue referida en la historia; este signo es de mucha importancia en esta enfermedad, pues según la literatura descrita, el aumento del útero es desproporcionado con respecto al embarazo normal, por lo que es una ayuda diagnóstica que debe tomarse muy en cuenta.

CUADRO No. 14

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN: METODOS DIAGNOSTICOS, EN CIFRAS ABSOLUTAS Y PORCENTUALES, EN DIEZ CASOS ESTUDIADOS

METODOS DIAGNOSTICOS	No. DE CASOS
Hematología y Hto.	7
Grupo y Rh	3
Velocidad de Sedimentación	2
Recuento y fórmula	2
Heces	4
Orina	7
Gravindex	7
Dosificación de GCH	9
BK	1
Amniografía	4
Dopler	1
Rx Abdomen	3
Rx Torax	4
Patología	3
TOTAL	57

Del cuadro anterior podemos decir que: con los laboratorios y métodos de ayuda diagnóstica con que cuenta el hospital nacional de Escuintla, se puede llegar en alto porcentaje a hacer un diagnóstico más acertado de mola; además podemos decir que la amniografía y la dosificación de HCG son de gran valor.

CUADRO No. 15

CUADRO CON DISTRIBUCION DE CASOS TOMANDO EN CUENTA EL TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO ADMINISTRADO

TRATAMIENTO	No. CASOS	PORCENTAJE
Inducción	3	30o/o
Transfusión	3	30o/o
Ambas	1	10o/o
Otros	3	30o/o
TOTAL	10	100o/o

Del cuadro anterior deducimos que a un 40o/o de pacientes se les transfundió, debido a la hemorragia abundante que presentaron, 30o/o de pacientes se les colocó inducción.

CUADRO No. 16

CUADRO CON DISTRIBUCION DE CASOS TOMANDO EN CUENTA EL METODO DE EVACUACION UTERINA UTILIZADO PARA LA RESOLUCION DEL CASO

METODO UTILIZADO	No. CASOS	PORCENTAJE
Legrado por Aspiración	5	50o/o
Legrado Uterino Instrumental	3	30o/o
Histerectomía Abdominal, Ooforectomía Izq. Apendicectomía Profiláctica.	1	10o/o
Pidió Egreso Voluntario	1	10o/o
TOTAL	10	100o/o

Observamos en el cuadro anterior que la mayoría de casos estudiados en este trabajo, se resolvió por medio de Legrado por Aspiración (50o/o), que es la forma más adecuada de resolverlo, esto debido a que causa menos diseminación del trofoblasto; apreciamos también que a una de las pacientes se le realizó Histerectomía Abdominal y Ooforectomía izquierda por las causas sig: se le efectuó ginecológico encontrándosele un quiste en el ovario izquierdo, 11 embarazos con 4 abortos, la edad de la paciente (36) años; por tal motivo y según literatura actual está indicado el procedimiento efectuado.

CUADRO No. 17

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA DESDE SU INGRESO HASTA LA RESOLUCION DEL CASO

No. DIAS	No. CASOS	PORCENTAJE
1 a 10	5	50o/o
11 a 20	4	40o/o
21 a 30	0	0o/o
31 a 40	1	10o/o
TOTAL	10	100o/o

Este cuadro nos muestra que el 50o/o de pacientes estuvo hospitalizada entre 1 a 10 días; en este porcentaje se incluye a las pacientes que pidieron egreso voluntario; el 40o/o estuvo entre 11 a 20 días; es de hacer notar que se tomó en cuenta los días desde su ingreso hasta la resolución del caso o sea su egreso.

CUADRO No. 18

CUADRO CON DISTRIBUCION DE CASOS TOMANDO EN CUENTA EL TIPO DE EGRESO, CON CIFRAS ABSOLUTAS Y PORCENTUALES, DE DIEZ CASOS ESTUDIADOS

TIPO DE EGRESO	No. CASOS	PORCENTAJE
Médico	7	70o/o
Voluntario	3	30o/o
TOTAL	10	100o/o

En este cuadro observamos que el mayor número de egresos es de tipo médico (70o/o), egresos voluntarios 30o/o, el cual está algo elevado. Egreso médico es el dado por el doctor encargado de la paciente, tomando en cuenta las condiciones de la paciente, es decir que no haya ninguna complicación, después de haber efectuado un examen cuidadoso del procedimiento efectuado y del estado de la misma. Egreso voluntario es el que la paciente pide por problemas o razones personales, en estos casos el hospital no se responsabiliza por problemas posteriores que a la paciente le sucedan fuera del mismo.

CUADRO No. 19

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN LAS PACIENTES QUE PRESENTARON COMPLICACIONES DURANTE SU HOSPITALIZACION

COMPLICACIONES	No. CASOS	PORCENTAJE
Anemia	1	10o/o
Desconocida	1	10o/o
Ninguna	8	80o/o
TOTAL	10	100o/o

En este cuadro notamos que el 80o/o de pacientes no presentaron ninguna complicación después de haber evacuado el útero, una paciente presentó anemia antes de la evacuación uterina, por lo que fue necesario su transfusión sanguínea inmediata, esto complicó más el cuadro y su estancia hospitalaria fue más prolongada.

CUADRO No. 20

CUADRO CON DISTRIBUCION DE CASOS TOMANDO EN CUENTA EL INFORME PATOLOGICO

INFORME PATOLOGICO	No. CASOS	PORCENTAJE
Mola hidatiforme no maligna	3	30o/o
Informe extraviado	4	40o/o
No se tomó muestra	3	30o/o
TOTAL, TOTAL	10	100o/o

Este cuadro nos indica que el 30o/o de informes enviados a patología del 100o/o, todos informaron mola hidatiforme no maligna, 40o/o de informes extraviados; 30o/o no se tomó muestra a las pacientes por motivos no descritos en las papeletas de las mismas. Esto deja mucho que desear, si tomamos en cuenta que la mola puede degenerar en coriocarcinoma, y que con la ayuda de este informe puede detectarse cualquier malignidad y un tratamiento precoz beneficiaría a la paciente.

CUADRO No. 21

EL PRESENTE CUADRO NOS MUESTRA LA INCIDENCIA DE MOLA HIDATIFORME EN EL HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA DURANTE VEINTIDOS MESES DE ESTUDIO

AÑOS	No. EM- BARAZOS	MOLAS	EMB. X MOLA
Enero de 1979 al Octubre 31 - X - 1980	5,480	10	548

Del presente trabajo observamos que el total de embarazadas que atendió el hospital en veintidos meses 5,480-10 fueron molas hidatiformes, o sea una mola por 548 embarazos, lo que nos da un porcentaje de 0.18o/o.

CONCLUSIONES

1. La incidencia de mola hidatiforme en el hospital nacional de Escuintla fue de 1 mola por 548 embarazos.
2. El mayor número de molas se encontró en pacientes de edades comprendidas entre 15 y 25 años.
3. La mola se dio en igual porcentaje en mujeres casadas y unidas.
4. El 90o/o de casos de mola hidatiforme son pacientes de oficios domésticos.
5. El 60o/o de pacientes con mola, son analfabetas.
6. El motivo de consulta de pacientes con mola fue de hemorragia vaginal en casi 100o/o.
7. Entre los síntomas y signos referidos por las pacientes, los más frecuentes fueron: Amenorrea, hemorragia vaginal con coágulos y expulsión de pellejitos, y ausencia de movimientos fetales.
8. La hemorragia vaginal se presentó entre el segundo y cuarto mes de amenorrea.
9. De las pacientes estudiadas el mayor número presentaron su menarquia entre las edades de 15 a 16 años.
10. La mola se presentó con mayor frecuencia en pacientes con dos a cuatro embarazos anteriores.
11. El 80o/o de pacientes no tienen antecedentes de abortos anteriores.
12. La impresión clínica de ingreso fue acertada en un 40o/o con el diagnóstico efectuado en servicio.

13. La altura uterina en un 40o/o se encontró aumentada en relación a lo normal que debiera tener por última regla.
14. La amniografía y la radiografía de abdomen, son métodos de ayuda sumamente importantes y los únicos con que cuenta el hospital.
15. Al 40o/o de pacientes se les transfundió debido a la hemorragia abundante que presentaron.
16. El legrado por aspiración fue una de las técnicas aplicadas que se utilizó en un 50o/o para la resolución del problema.
17. Los días de hospitalización por paciente, oscila entre 11 y 20 días.
18. El 70o/o de pacientes tuvo egresos de tipo médico, mientras que el 30o/o fue de tipo voluntario.
19. El 80o/o de pacientes no presentó complicaciones durante su hospitalización, el 10o/o tuvo problemas de anemia y un 10o/o no referido.
20. De los informes de patología recibidos, todos informaron mola hidatiforme no maligna.
21. Al 70o/o de pacientes no se les tomó muestra para patología.
22. En el hospital no se lleva control de HCG., a los pacientes que han padecido de mola, ni tampoco controles de Rx de torax debido a las limitaciones del hospital.
23. El tratamiento en el hospital de Escuintla en lo que respecta al método de evacuación uterina ha variado, pues anteriormente se utilizaba el legrado uterino instrumental, por no tener el aparato de aspiración.
24. Los métodos diagnósticos utilizados son más actualizados y acordes al problema (Amniografía, Dopler, etc.), debido a que el hospital anteriormente no contaba con ellos.

25. El 60o/o de pacientes atendidos en el hospital con mola hidatiforme proceden del área rural.

RECOMENDACIONES

1. Completar todos los exámenes de laboratorio que tiene a mano el hospital, así como también hacer un buen examen físico, ya que en el trabajo realizado se encontró una paciente con otra patología asociada, y, esto a veces se pasa desapercibido en el momento de ingreso, por concretarse únicamente al problema por el cual consulta la paciente.
2. Tener presente que la técnica más adecuada para resolver el caso, es el legrado por aspiración, ya que con el legrado uterino instrumental hay más peligro de perforar el útero, y, lo más importante es la diseminación de la enfermedad a otros órganos.
3. El manejo de esta enfermedad debe ser urgente dado el carácter de la misma.
4. Debemos tomar muy en cuenta que el informe patológico es de mucha importancia en esta entidad, dado que como es sabido por todos los médicos, que un porcentaje de las mismas degenera en coriocarcinoma, y, de ahí la importancia de este informe. Por tal motivo debe ser obligatorio tomar la muestra respectiva de todas las pacientes con mola.
5. Llevar un control hospitalario de hormona gonadotropina coriónica, así como también un control de radiografía de torax.
6. Hacer conciencia en estas pacientes para que asistan a control de HCG, explicándoles en forma sencilla y eficaz la peligrosidad de esta enfermedad, de esta manera se puede detectar cualquier malignidad tempranamente.

BIBLIOGRAFIA

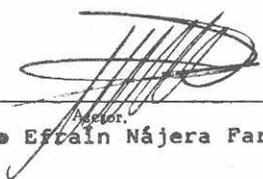
1. Andrino López Edgar Rolando. Mola Hidatiforme. Experiencias en el Hospital Nacional de Huehuetenango. Septiembre 1978.
2. Giamatei Toriello Roberto E. Mola Hidatiforme. Depto. de Maternidad Hospital Roosevelt. Abril 1977.
3. Gonzáles Cajas Héctor A. Mola Hidatiforme. Estudio Retrospectivo en el Hospital Nac. de Escuintla, 1978.
4. Vctorazzi Vásquez Carlos A. Mola Hidatiforme. . Estudio Preliminar en el Hospital Roosevelt. Abril 1964.
5. Calderón Meza Guillermo E. Mola Hidatiforme. Incidencia en el Hospital de Totonicapán, Estudio Retrospectivo de cinco años. 1980.
6. Clínica de Obstetricia y Ginecología. Junio 1967. "Neoplasia Trofoblástica".
7. Ginecología y Obstetricia de México 1964. "Enfermedades Trofoblásticas". Vol. 35.
8. H. Brainer Diagnóstico y Tratamiento de Mola Hidatiforme.
9. Marcus y Marcus. Progresos en Obstetricia y Ginecología. Volumen 1; 1970.
10. Novak Edmund Seegar Jones Georgeana, Jones Doctor Howard. Tratado de Ginecología. Novena Edición, México, Editorial Interamericana.

11. Robins Stanley. Patología Estructural y Funcional, Editorial Interamericana 1977.
12. Scwarez Ricardo, Sala Silvestre Duverges Carlos. Obstetricia, Editorial Ateneo 1977.
13. Sandoval Urrutia Walter H. Mola Hidatiforme. Incidencia y frecuencia en el Hospital Regional Juan José Ortega, Coatepeque, 1980.
14. García Castillo Gustavo Adolfo. Mola Hidatiforme. Hospital Nacional de Mazatenango. Abril 1980.
15. Valdez Sierra Roberto. Mola .Hidatiforme y Coriocarcinoma. Hospital Nacional de Cobán Alta Verapaz. 1979.
16. Hellman Louis y Cols. Williams Obstetricia Interamericana, 1973.
17. Castillo Villatoro Hiram H. Enfermedades del Trofoblasto. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Deptos. de Ginecología, Obstetricia, Oncología y Patología 1980.
18. Clinical Obstetric An Gynecology. Gynecology Operation, Harold M.M. Tovell, MD. And Leonard D. Dank, B.A. AMI Cardiac Disase in Pregnancy Guest Editor. Phil R. Manning MD. Current Concepts in Gynecologic Oncology. Guest Editor. Saul B. Gusberg; MD. Septiembre 1975. Vol. 18; No. 3.

Br.


 Osvaldo Enrique Archila Illescas

Dr.


 Mario Esteban Nájera Farfán.

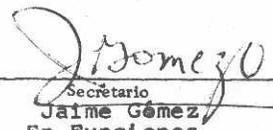
Dr.


 Revisor.
 Julio Augusto Mena García

Dr.


 Director de Fase III
 Carlos Waldheim

Dr.


 Secretario
 Jaime Gómez
 En Funciones

Vo. Bo.

Dr.


 Decano.
 Carlos Waldheim
 En Funciones