

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

MOLA HIDATIDIFORME

(Estudio descriptivo retrospectivo de Mola Hidatidiforme en pacientes que consultaron en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Regional de Escuintla, durante los años de 1990 - 1994.)

TESIS

*Presentada a la Honorable Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala.*

POR

EDGAR RAMON ALVARADO MENDEZ

En el acto de investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, noviembre de 1995

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

FORMA C

Guatemala, 30 de octubre de 1955
DIF-163-95

Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las
Ciencias de la Salud - Unidad de Tesis

Se informa que el: BACHILLER EN CIENCIAS Y LETRAS EDGAR RAMON
Título o diploma de diversificado, Nombres y ape-


ALVARADO MENDEZ


Carnet No. 84-12916

llidos completos


Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
MOLA HIDATIDIFORME

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:


Firma del estudiante


Asesor
Firma y sello personal

Dr. Jorge R. Vela G.
MEDICO Y CIRUJANO
Sol. 4074


Revisor
Firma y sello

Registro Personal 9912



EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

HACE CONSTAR QUE:

El (La) Bachiller: EDGAR RAMON ALVARADO MENDEZ

Carnet Universitario No. 84-12916

Ha presentado para su Examen General Público, previo a optar al
Titulo de Médico y Cirujano, el trabajo de Tesis titulado:
MOLA HIDATIDIFORME

Trabajo asesorado por: DR. JORGE R. VELA G.

y revisado por: DR. EDGAR RODOLFO DE LEON B.
quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite,
firma y sella la presente

ORDEN DE IMPRESION:

Guatemala, 30 de octubre de 1995

DR. EDGAR DE LEON BARILLAS
Por Unidad de Tesis



DR. RAUL CASTILLO RODAS
DIRECTOR
CENTRO DE INVESTIGACIONES
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

IMPRESION:

Dr. Edgar Axel Oliva Gonzalez
DECANO



DC
05
T (2668)

INDICE

| | No. págs. |
|--|-----------|
| I. INTRODUCCION | 1 |
| II. DEFINICION DEL PROBLEMA | 3 |
| III. JUSTIFICACION | 4 |
| IV. OBJETIVOS | 5 |
| V. REVISION BIBLIOGRAFICA | 6 |
| VI. METODOLOGIA | 30 |
| .- RECURSOS | 31 |
| .- EJECUCION DE LA INVESTIGACION | 32 |
| .- GRAFICA DE GANTT | 32 |
| VII. PRESENTACION DE RESULTADOS | 34 |
| VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS | 51 |
| IX. CONCLUSIONES | 53 |
| X. RECOMENDACIONES | 54 |
| XI. RESUMEN | 55 |
| XII. BIBLIOGRAFIA | 56 |
| XIII. ANEXO | 58 |

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

I. INTRODUCCION:

Dentro de la enfermedad trofoblástica de la gestación se presentan diversas anomalías proliferativas del trofoblasto que incluyen: Mola Hidatidiforme, Mola Invasora, Coriocarcinoma; estando caracterizados por un potencial altamente maligno progresivamente. (4)

La presente investigación de tipo descriptivo retrospectivo se realizó en el Hospital Nacional Regional de Escuintla en el Departamento de Gineco-Obstetricia durante los años 1990-1994.

Queriendo determinar la frecuencia de mola hidatidiforme tanto parcial como completa de las pacientes que consultaron en dicho período, teniendo presente que a pesar de la existencia de estudios realizados en diversas áreas geográficas del mundo, en nuestro medio sin embargo no contamos con una estadística propia que nos permita darnos una idea del padecimiento de dicha enfermedad por lo que se realizó este estudio.

Se realizó para el efecto la recolección de datos de la historia clínica de las pacientes que padecieron dicha enfermedad, elaborándose un formulario específico.

Al analizar los resultados se encontró que:

La edad más frecuente de las pacientes fue de 21 - 25 años con un 23.58%, el estado civil que predominó fueron las unidas con un 62.26%, el lugar de procedencia que más consultaron fue Escuintla con un 16.98%, y la paridad de las pacientes en estudio con un mayor porcentaje fueron las multiparas con un 46.23%.

El total de pacientes que presentaron Mola Hidatidiforme durante los años 1990 - 1994 en el Hospital Nacional Regional de Escuintla fue de 106 pacientes y el 100% se dedicaban a los oficios domésticos por lo que no se realizó ningún cuadro de Ocupación.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA:

Las Neoplasias Trofoblásticas de la Gestación, son anomalías proliferativas del trofoblasto, anatomopatológicamente se divide en mola hidatidiforme (completa y parcial), mola invasora y coriocarcinoma. Clínicamente se divide en metastática y no metastática. Estas neoplasias poseen algunas características de la placenta normal, tales como la tendencia de invasión, y la capacidad de elaborar hormona gonadotropina coriónica humana. (13)

Entre las complicaciones más temidas de la mola hidatidiforme está el coriocarcinoma debido a su malignidad y por ser rápidamente invasora y que dan metástasis a distancia más extensa. Sin embargo a partir de 1955 se iniciaron estudios con quimioterapia que demostraron remisión en el 90% de los casos. (13)

La frecuencia de mola hidatidiforme varía de un país a otro, pues según estudios realizados reportan 1:2000 en Europa, y los Estados Unidos; 1:120 en Taiwan; 1:670 en Guatemala. (4)

Pero en Guatemala como en la mayoría de países en desarrollo no se tienen estudios exactos sobre Mola Hidatidiforme tanto a nivel urbano como rural por lo que la presente investigación se realizó para obtener datos de embarazo molar así como sus causas coadyudantes de pacientes que consultaron al Hospital Nacional Regional de Escuintla en el Departamento de Gineco-Obstetricia durante el período 1990 - 1994.

III. JUSTIFICACION:

La frecuencia de Mola Hidatidiforme está influenciada por factores de riesgo tales como, edad materna, raza, dieta (malnutrición), nivel socioeconómico bajo, número de embarazos (multiparidad) por lo que el presente estudio se realizó para determinar que factores de riesgo se presentó con mayor frecuencia durante el periodo comprendido de 1990 a 1994 en el área de Gineco-Obstetricia en el Hospital Nacional Regional de Escuintla; y además por que se observó una alta incidencia de Mola Hidatidiforme en dicho Hospital y no se encuentran estudios anteriores respecto al tema por lo que se decide realizar el presente trabajo.

IV. OBJETIVOS:

GENERAL:

Cuantificar la prevalencia de Mola Hidatidiforme en el Hospital Nacional Regional de Escuintla, durante los años de 1990 a 1994.

ESPECIFICOS:

- 1.- Cuantificar la edad más frecuente de pacientes que presentaron Mola Hidatidiforme.
- 2.- Describir la paridad de pacientes que presentaron Mola Hidatidiforme.
- 3.- Identificar el estado Civil de pacientes con Mola Hidatidiforme que consultaron al Hospital Nacional Regional de Escuintla.
- 4.- Identificar la procedencia y ocupación de las pacientes que presentaron Mola Hidatidiforme.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

V. REVISION BIBLIOGRAFICA:

MOLA HIDATIDIFORME:

Las neoplasias trofoblásticas gestacionales se reconocieron desde 1600 años D.C.; Herting se ha referido a las Neoplasias trofoblásticas Gestacionales como "El primer cáncer de Dios y la primera curación del hombre" (1)

Aecio observó en el año 1600 D.C., el parecido de las vesículas de la Mola Hidatidiforme en las grandes gotas de agua y creó el término "HYDATIDE" que se deriva de la palabra griega "HYDATIDES" que significa "GOTA" y "MOLA" que significa "NASA". (2)

La época de la comprensión realista de la Enfermedad Trofoblástica se inició cuando pudo llegarse a la verdad tanto sobre la naturaleza epitelial del trofoblasto como sobre las relaciones de éste con la neoplasia gestacional y de ahí el nombre de neoplasia trofoblástica gestacional término utilizado para derivar anomalías proliferativas del trofoblasto.

Las descripciones de la etiología de las neoplasias trofoblásticas sugieren que estos tumores eran de origen decidual y por lo tanto de tipo sarcomatoso. Sin embargo en 1894 Marchand refutó las teorías sarcomatosas con base en sus propias interpretaciones de los casos con pacientes con coriocarcinomas. Prosiguieron los debates sobre la etiología hasta en 1903; año en que John H. Teacher de Glasgow amplió el trabajo de Marchand y a continuación no ha ocurrido un desacuerdo sobre la etiología

epitelial de las Neoplasias. (3)

El término Enfermedad Trofoblástica Neoplásica Gestacional, se refieren a las alteraciones tanto benignas como malignas y se dividen en tres grandes categorías:

1) Mola Hidatidiforme:

Se caracteriza por alteraciones de las vellosidades coriónicas consistentes en grados variables de proliferación trofoblástica y edema de la estroma vellosa. Se subdivide en las formas completas e incompletas o parciales.

2) Mola Invasora:

Se caracteriza por vellosidades con cubierta neoplásica proliferante, invaden el útero y estructuras adyacentes o metastatizan órganos a distancia, o ambas cosas a la vez. A la mola invasora antiguamente se le denominaba Coriocarcinoma Destruens.

3) Coriocarcinoma:

Es un tumor epitelial puro compuesto por células de citotrofoblasto y sincitiotrofoblasto. Puede ser concomitante o subsecuente a cualquier tipo de embarazo. El estudio histológico no muestra vellosidades pero sí capas o focos de células trofoblásticas en un fondo de hemorragia y necrosis.

El Coriocarcinoma antiguamente esa conocido como Corioepitelioma. (4)(5)

La mola hidatidiforme es la neoplasia gestacional más frecuente, su incidencia varía en todo el mundo y la frecuencia es mayor en mujeres menores de 20 años y mayores de 40 años. En las

mujeres arriba de los 40 años de edad la frecuencia de mola hidatidiforme es 10 veces mayor que la mujeres menores de 20 años de edad y en estados económicos bajos y en aquellas pacientes cuyas dietas son deficientes en proteínas y ácido fólico. Se presenta embarazo molar en menos del 5% de las gestaciones subsecuentes, de mujeres con antecedentes de Mola. (2)(4)(5)

FISIOPATOLOGIA:

Hasta la fecha se ha considerado a la mola hidatidiforme como derivada del trofoblasto embrionario. Las similitudes histológicas entre las vesículas molares y las vellosidades coriónicas apoyan este punto de vista. La enfermedad del trofoblasto se caracteriza por la alteración de la formación de las vellosidades que darán origen a la circulación materna y fetal; por lo tanto es importante conocer algunos aspectos normales como lo son el origen del trofoblasto y su función. Histológicamente el óvulo, luego de ser fecundado en los oviductos pasa por la trompa de falopio y luego pasa al útero habiendo sufrido varias divisiones celulares semejantes a una mola por lo cual se llama mórula, ésta se convertirá en una cavidad llamada blastocisto que cuenta con una capa externa delgada alrededor que formará el trofoblasto; palabra de origen griego que significa Trophein: Nutrir y Blastos: Germen. La otra capa celular interna que dará origen al embrión será el citotrofoblasto.

El blastocisto pasará luego de 2 - 3 días de permanecer libre en la cavidad uterina a lo que se le llama Implantación o Nidación en la pared del útero que ocurre a la semana después de la

fecundación. El trofoblasto se adhiere a la superficie luminal del endometrio, por actividad enzimática que hace que el blastocisto se hunda en el estroma endometrial. Durante éste período se forman unas lagunas entre las células del citotrofoblasto que por haberse fusionado reciben el nombre de sincitiotrofoblasto.

Sin embargo el estudio morfológico de una muestra de histerectomía que contiene un embarazo molar intacto presenta un nuevo concepto en relación a la génesis de la mola hidatidiforme, como transformación de la masa celular interna embrionaria en una etapa apenas previa a la descamación del endodermo. En ésta etapa de la embriogénesis, la masa celular interna tiene la capacidad de convertirse en trofoblasto, ectodermo y endodermo.

Si se interrumpe el desarrollo normal de manera tal que la masa celular interna pierda su capacidad para diferenciar en ectodermo y endodermo embrionarios, se crea una vía divergente del desarrollo; esta vía puede entonces resultar en la formación de trofoblastos (a partir de la masa celular interna), que a su vez diera lugar a citotrofoblasto y sincitiotrofoblasto con diferenciación suficiente para producir mesodermo embrionario y dar lugar a vesículas molares con mesodermo primitivo laxo en su porción central vellosa. (5)(6)

Las molas hidatidiformes suelen ocupar la cavidad uterina pero sin embargo rara vez se localizan en las trompas de falopio e incluso en los ovarios. (4)

La mola hidatidiforme no se considera invasora o maligna ya que es una alteración localizada. La International Federation of

Gynecology and Obstetrics (FIGO) adoptó un sistema que se basa en criterios anatómicos y que se ajusta a los sistemas de determinaciones de la etapa utilizados para todos los otros cánceres ginecológicos y se clasifican en:

- Etapa 0: Embarazo molar (generalmente mola benigna).
- Etapa I: Enfermedad trofoblástica no invasora (aumento persistente de HCG sin invasión miometrial).
- Etapa II: El tumor se extiende hacia los anexos, fuera del útero, pero se limita a los órganos genitales.
- Etapa III: El tumor se extiende hacia los pulmones con afección de las vías genitales o sin ella.
- Etapa IV: El tumor da metástasis hacia cualquier otro sitio del cuerpo. (2)(3)(7)(8).

Mola Hidatidiforme es un término general que incluye dos entidades definidas; las cuales estudiaremos a continuación:

A) Mola Hidatidiforme Completa:

Es la mola clásica y las vellosidades coriónicas aparecen convertidas en una masa de vesículas claras, algunas de las cuales apenas son visibles y otras alcanzan varios centímetros de diámetro y a menudo cuelgan en racimos de delgados pedículos. La estructura microscópica para hacer diagnóstico se caracteriza por:

- a.- Degeneración hidrópica y tumefacción de la estroma de las vellosidades.
- b.- Ausencia de vasos sanguíneos en las vellosidades tumefactadas.
- c.- Proliferación intensa del epitelio trofoblástico.
- d.- Ausencia de feto y amnios.

Los tumores trofoblásticos gestacionales se originan más bien en el tejido fetal que el materno; los estudios citogenéticos han demostrado que:

- .- Molas Verdaderas o completas: Por lo general son Euploides y con cromatina sexual positiva 45XX; la cual es la más frecuente pero no constante.
- .- Mola Parcial o Incompleta: Son Triploides
- .- Mola Transicionales: Son Trisómicas.

En 1977 Kajii comunicó que todos los cromosomas en las Molas Verdaderas son de origen paterno fenómeno que se conoce como Androgénesis.

El óvulo suele ser fertilizado por un espermatozoide haploide, el cual multiplica entonces sus propios cromosomas tras la meiosis. Los cromosomas originales del óvulo se hallan ausentes o inactivos. Sin embargo no todas la molas hidatiformes completas se caracterizan por este modelo cromosómico. Así, a veces en una mola completa el modelo cromosómico puede ser 46XY. En estos casos dos espermatozoides han fertilizado un óvulo y faltan cromosomas. También se han descrito otras variaciones, por ejemplo: 45X, por lo que una mola hidatiforme morfológicamente completa puede mostrar diferentes modelos cromosómicos.

El trofoblasto de una mola hidatidiforme completa tiene propensión a malignarse o sea a convertirse en coriocarcinoma; y éste se da en 2 al 5% de los casos.

Hay pruebas que indican que la distribución de grupos sanguíneos ABO en mujeres con Neoplasia Gestacional del Trofoblasto

y sus compañero sexuales difiere del de la población general. Los datos más notables son que las mujeres del grupo A embarazadas por un compañero del grupo D, tienen un riesgo casi diez veces mayor de presentar Coriocarcinoma que las mujeres u hombres de su mismo grupo; y que las mujeres del grupo AB tienen un pronóstico malo.
(2)(4)(6)(8)(9)(10)

B) Mola Hidatidiforme Parcial o Incompleta:

Cuando las alteraciones hidatidiformes son focales y menos avanzadas y existe un feto o al menos un saco amniótico; el proceso se ha clasificado como una mola hidatidiforme parcial. Hay tumefacción hidatiforme lentamente progresiva de algunas vellosidades avasculares, mientras que otras vellosidades vascularizadas que participan en la circulación fetoplacentaria se conservan. La hiperplasia del trofoblasto es focal en vez de generalizada, y el cariotipo es típicamente triploide, con un complemento haploide materno y dos paternos.

El riesgo de coriocarcinoma originado a partir de una mola hidatidiforme parcial es escaso.

Embrión y feto sobreviven más que en el caso de Mola Hidatidiforme completa y la muerte embrionaria suele ocurrir entre las semanas 8 y 9 de la edad menstrual.

Son Excepcionales los partos a termino y no es posible la supervivencia extra uterina. El mesenquina de todas las vellosidades incluso el de las paredes de las cisternas (la cual va a ser, la tumefacción hidatidiforme lentamente progresiva de las vellosidades avasculares) reaccionan a la muerte del feto con

fibrosis lenta e intensificación consecuente del escalonamiento de las vellosidades más pequeñas.

Cuando se hace el diagnóstico de Mola Hidatidiforme Parcial por medio de patología en un legrado por aborto depende del anatomopatólogo puesto que deben valorarse todos los criterios diagnóstico mediante el microscopio ya que se han descrito molas hidatidiformes parciales invasoras no embolizantes. (11)(12)

CURSO CLINICO:

En períodos iniciales la Mola Hidatidiforme tiene algunas características que la distinguen de un embarazo normal, pero hacia el final del primer trimestre y durante el segundo suelen ser evidentes ciertas alteraciones como:

1.- Hemorragia:

La hemorragia uterina anormal es el signo más común y puede variar desde manchas a hemorragias profusas. Pacientes con embarazos molares generalmente en el 90% de los casos hay hemorragia uterina en el primer trimestre del embarazo. Tres cuartas partes de pacientes con este síntoma lo presentan antes del término del tercer mes del embarazo. Un tercio de los pacientes presentan hemorragia profusa. La anemia ferropénica es secundaria a la hemorragia y pocas veces se evidencia eritropoyesis megaloblástica, presumiblemente como resultado de una mala ingesta dietética a consecuencia de las náuseas y los vómitos.

2.- Hiperemesis Gravidica:

En ocasiones es difícil diferenciarlo de las molestias

similares que normalmente ocurren en el embarazo. Este síntoma se presenta en el 10% de los pacientes con embarazo molar y el cual es suficientemente intenso para ameritar hospitalización.

3.- Tamaño Uterino:

Otro signo más frecuente de embarazo molar es un crecimiento uterino desproporcionado al que sería de esperar dada la fase de gestación en cerca de la mitad de las pacientes; pero en un tercio de ellas el útero es más pequeño de lo esperado.

4.- Quistes Ováricos Luteínicos:

Los ovarios tienen numerosos quistes luteínicos cuyo tamaño puede variar desde el microscópico hasta 10 cm. o más de diámetro. La superficie de los quistes es lisa, amarillenta y revestida de células luteínicas.

La evidencia de quistes asociados con una mola tiene una incidencia del 25% al 60%. Se cree que los quistes luteínicos de los ovarios se debe a la hiperestimulación de los elementos luteínicos por grandes cantidades de Hormona Gonadotropina Coriónica secretada por los trofoblastos proliferantes. Los quistes luteínicos no están limitados a los casos de Mola Hidatidiforme ya que pueden asociarse con Hipertrofia Placentaria, Hidropesía fetal y Embarazo Múltiple. Los quistes de gran tamaño pueden sufrir torsión, infarto y hemorragia. Solamente en presencia de rotura, hemorragia o si los ovarios crecidos se infectan está indicada la intervención quirúrgica. Después de la expulsión de la Mola Hidatidiforme los quistes involucionan en varias semanas en forma paralela a la disminución de la cifra de

Hormona Gonadotropina coriónica y por último desaparecen. En ocasiones tras la evacuación de la Mola Hidatidiforme los ovarios quísticos paradójicamente se agrandan antes de su regresión. Parece ser que los pacientes con quistes tecaluteínicos coexistentes tiene mayores probabilidades de presentar secuelas malignas de las Neoplasias Gestacionales del Trofoblasto.

5.- Actividad Fetal:

Por lo general no se detecta ninguna acción cardiaca fetal ni siquiera con instrumentos sensibles en una Mola Hidatidiforme completa; pero en una Incompleta puede haber placenta acompañada de un feto vivo.

6.- Hipertensión Inducida por el Embarazo:

Es de especial importancia la frecuente asociación de preeclampsia con embarazos molares que persisten en el segundo trimestre. La preeclampsia rara vez se observa antes de las 24 semanas de gestación, por lo que se ha dicho que este dato clínico es patognomónico de Mola Hidatidiforme aunque se presenta solo en 10% a 12% de tales pacientes.

7.- Embolia:

Cantidades variables de trofoblasto, con estroma vellosa o sin ella, escapan del útero con el flujo venoso. Especialmente en el momento de la expulsión espontánea o de la elaboración terapéutica de una gran mola, el volumen embolizado puede ser suficiente como para producir signos y síntomas de embolia pulmonar agudo e incluso un desenlace fatal, aunque estas muertes ocurren raras veces, se ha observado que algunas lesiones pulmonares desaparecen

espontáneamente poco después de la evacuación del útero o incluso semanas o meses más tarde.

8.- Función Tiroidea alterada:

El nivel de tiroxina del plasma puede estar elevado, pero el hipertiriodismo clínicamente evidente es raro.

La elevación de la concentración de tiroxina en plasma en casos de Mola Hidatidiforme puede ser un efecto de los estrógenos, como en el embarazo normal, en cuyo caso los niveles de tiroxina libre no están elevados, al contrario que el porcentaje de triyodotironina unida a resina (captación de T_3). La tiroxina libre se puede elevar como consecuencia del efecto estimulante tiroideo de la hGC a alta concentración y con menos probabilidad por la hormona estimulante del tiroides producida por el trofoblasto.

9.- Expulsión Espontánea:

En ocasiones las vesículas hidatídicas son expulsadas antes que la mola sea abortada de modo espontáneo o extirpada quirúrgicamente. En más del 80% de los casos, la primera prueba de Mola Hidatidiforme es la expulsión de tejido vesicular. Es más probable que la expulsión se produzca alrededor del 4o. mes y rara vez se retrasa más allá del 7o. mes. (4)(5)(16)

10.- Síndrome Nefrótico:

Komatsuda A. y Cols. describen un caso de una paciente de 51 años quien desarrolló Síndrome Nefrótico en asociación con Mola Completa, (reportada en mayo de 1992). El síndrome nefrótico remitió completamente después de la histerectomía. Una revisión de

la literatura revela que este es el primer caso de síndrome nefrótico asociado con Mola Completa, aunque han habido dos casos de Síndrome Nefrótico debido a nefropatía preecláptica asociada a mola parcial. (15)

DIAGNOSTICO:

Además de los signos clínicos anteriormente mencionados se encuentran algunos otros signos que según Aladjem en su libro de obstetricia clasifica la Mola Hidatidiforme en:

.- Signos Presuntivos:

- Hemorragia Vaginal,
- Aumento excesivo del tamaño del útero,
- Anemia,
- Toxemia del embarazo,
- Hiperemesis,
- Hipertiroidismo,
- Embolización trofoblástica,
- Ausencia del latido cardíaco fetal,
- Ausencia del esqueleto fetal en radiografías.

.- Signos Probables:

- Aumento de los niveles de Gonadotropina Coriónica,
- Disminución de la Somatomamotropina Coriónica,
- Disminución de los niveles de Progesterona,
- Excreción de Pregnandiol,
- Quistes Luteínicos.

.- Signos Positivos:

Vesículas por ultrasonido evidenciando una Tormenta de Nieve,
Arteriografía pélvica positiva que dibuja la Mola,
Metástasis en las paredes vaginales,
Biopsia transabdominal positiva,
Amniografía positiva en Panal de Abejas.

DATOS DE LABORATORIO:

Existen otras pruebas que colaboran con el diagnóstico de Mola Hidatidiforme las cuales son:

- Medición de la Hormona Gonadotropina Coriónica:

Las pruebas para evaluar la Hormona Gonadotropina (hGC) son útiles si se utiliza un método de ensayo cuantitativo y se aprecia una considerable variación de la secreción de Gonadotropina en el embarazo normal, en especial los elevados niveles que en ocasiones acompañan el embarazo con fetos múltiples. Las pruebas llevadas a cabo en el suero están sujetas a un número menor de variables que las determinaciones de la Gonadotropina en orina.

Los resultados se deben comparar con el nivel de Gonadotropina Sérica en la gestación normal durante el período correspondiente. Si está muy por encima de la tasa normal en aquel período de gestación hay motivos para diagnosticar un caso probable de Mola Hidatidiforme. (4)

La hGC es una hormona glucoproteínica que guarda semejanza estructuralmente con las producidas por la hipófisis. Al igual que

la Hormona Luteinizante (LH), Hormona Estimulante del Folículo (FSH) Y Hormona Estimulante del Tiroides (TSH) la hGC está compuesta por dos subunidades glucopeptídicas no idénticas, que se encuentran enlazadas de manera no covalente. La subunidad alfa, aunque caracterizada por una heterogenidaneidad menor de la terminación NH₂, Está constituida por una secuencia de 92 aminoácidos, idénticas en esencia a las tres hormonas glucopeptídicas de la hipófisis. Las subunidades beta de estas hormonas, aunque semejantes desde el punto de vista estructural, difieren al grado que confieren actividad biológica específica a cada hormona. (15)

Una característica importante de las Neoplasias Trofoblásticas Gestacionales es su capacidad para producir gonadotropina coriónica humana, hormona que puede detectarse en orina y suero de casi todas las pacientes con Mola Hidatidiforme o Enfermedad Trofoblástica maligna. Es necesario la vigilancia cuidadosa de las concentraciones de hGC para el diagnóstico, tratamiento y los cuidados de la evolución en todos los casos de enfermedad trofoblástica.

La cantidad de hGC que se encuentra en el suero o se excreta en la orina se relaciona íntimamente con el número de células tumorales viables presentes. Los estudios indican que una célula tumoral produce aproximadamente 5×10^{-9} a 5×10^{-4} UI de hGC en 24 horas. Por tanto, una paciente que excreta 10^6 UI de hGC en 24 horas tiene aproximadamente 10^{11} células tumorales viables. En el momento en que la hGC se pierde en el fondo de las concentraciones hipofisarias normales de LH puede haber aún 10^9 a 10^6 células

tumorales viables.

Debido a que hGC y LH tienen cadenas alfa idénticas la mayor parte de las pruebas no permite diferenciar entre estas dos hormonas. Esto es válido para todos los análisis biológicos, inmunoanálisis que utilizan aglutinación de partículas y radioinmunoanálisis que usan aglutinación de moléculas intactas de hGC. Por tanto, una titulación normal de hGC se encuentra entre 20 y 30 UI (concentración hipofisiaria de LH). Sin embargo, las cadenas beta de hGC y LH no son iguales. Se dispone de un análisis específico para la subunidad beta de la hGC que permite determinaciones precisas de hGC hasta una concentración cercana a cero.

Normalmente durante los días 50 a 80 del embarazo promedio; hay una secreción máxima de Gonadotropina, encontrándose que en embarazos múltiples los valores pueden aumentar más de lo normal, pero se considera que los valores de Beta hGC mayores de 100000mUI/ml se relaciona con la Enfermedad Trofoblástica Gestacional en contraste con los valores séricos de la gestación normal que es menor de 60000 mUI/ml; por lo que se ha llegado a concluir que pasados 100 días del último período menstrual en la gestación normal, se produce un rápido descenso de la hGC, de modo que los niveles persistentemente elevados a nivel sérico arriba de este tiempo es un signo de crecimiento anormal del trofoblasto. En general las concentraciones urinarias de hGC mayores de 500000 UI/24 horas, se relaciona con embarazos molares; en comparación con las cifras del embarazo normal inferiores a 100000 UI/24 horas.

(4)(5)(15)

- Amniografía:

En el embarazo normal conlleva un riesgo alto de producir un aborto con la administración intraamniótica del contraste radiopaco hipertónico por ser un método invasivo. Este método consiste en la instilación de 20cc de un medio de contraste intraútero por vía transabdominal, el cual es el Hypaque; luego se espera de 5 - 10 minutos para realizar una radiografía A/P del abdomen inferior y pelvis; produciendo así la imagen radiográfica del "Panal de Miel" la cual es característica para este tipo de enfermedades. (4)(5)(8)(14)(15)

- Ultrasonido:

Tiene la mayor exactitud diagnóstica y su precisión hace que sea la técnica de elección. La exploración se realizará con la vejiga distendida con el fin de producir un desplazamiento craneal de las asas intestinales lo que proporciona una ventana acústica excelente para el estudio de los órganos pelvianos. Una característica sonográfica es el apareamiento de las vellosidades hidrópicas que aparecen en la mayoría de embarazos molares. Sin embargo se ha de tener presente que otras estructuras pueden producir imagen semejante; como en el mioma uterino con embarazo inicial y en las gestas con fetos múltiples. (4)(14)

La apariencia sonográfica de una Mola Hidatidiforme varía de acuerdo con la duración gestacional y el tamaño de las vellosidades hidrópicas. Las molas Hidatidiformes que aparecen entre la 8a. y 12a. semana de gestación aparece típicamente como un tejido ecogénico intraluminal homogéneo hasta que la vellosidad alcanza un

diámetro de 2mm. Cuando la Mola evoluciona a la 18a. y 20a. semana de gestación las vescículas han alcanzado un diámetro de 10mm visualizando bien la imagen en el ultrasonido. El hallazgo sonográfico de la Mola Hidatidiforme se basa en un útero mayor que el esperado para el tiempo de amenorrea con un patrón ecográfico uterino vesicular característico de una "Tormenta de Nieve".

(4)(16)(14)

PRONOSTICO:

Alrededor del 10% - 20% de las Molas Hidatidiformes completas evolucionan a coriocarcinoma invasivo y potencialmente metastásico.

(4)(6)

El resto tiene regresión espontánea o fueron resueltos por procedimientos quirúrgico, quimioterapéutico, curetaje y/o dilatación. (6)

TRATAMIENTO:

El tratamiento de la Mola Hidatidiforme consta de dos fases:

A.- La inmediata evacuación de la Mola Hidatidiforme:

Entre las que tenemos:

Aspiración por Vacío:

Llamado también raspado por aspiración; éste método es seguro, rápido y eficaz en todos los casos. Durante todo el procedimiento se administra oxitocina IV para contraer el cuerpo del útero, lo que disminuye la hemorragia a partir del punto de implantación y mientras el miometrio se retrae ensancha la pared uterina y reduce

el riesgo de perforación, por lo que se deben evitar los productos anestésicos que relajan el útero como el Halótano (Fluothane). El raspado por aspiración puede practicarse cuando el útero tiene las dimensiones de un embarazo de 28 semanas. Por lo general la pérdida hemática es moderada pero deben tomar precauciones para transfusiones masivas. Se preparan por lo menos 2 ó 4 U de sangre total compatible y se establece un sistema apropiado para la infusión IV rápida de sangre. Cuando se evacua una Mola grande (tamaño mayor de 12 semanas) mediante el raspado por aspiración debe tenerse todo preparado para una laparatomía puesto que puede requerirse histerectomía, histerotomía o ligadura bilateral de las arterias ilíacas internas en caso de perforación o hemorragia. Una vez extraído la mayor parte de la Mola Hidatidiforme y el miometrio se ha contraído suele realizarse un legrado total pero suave, con una cuchilla grande afilada.

El tejido obtenido a partir del raspado se envía a patología para su estudio. Esta muestra puede permitir una mejor valoración de la predisposición maligna del trofoblasto y del comportamiento biológico posterior de cualquier tejido que persista en el útero.

(4)(5)(8)(10)(11)

Quimioterapia Profiláctica:

La quimioterapia antes de la evaluación causa complicaciones inducidas o que acompañan la evacuación de una Mola, éstas comprenden: Hemorragia, perforación uterina e infección. (4)

Otros estudios indican que puede ser adecuada la

administración profiláctica de Dactinomicina en pacientes con úteros grandes o aquellos de los que se prevé una vigilancia inapropiada. Debe tenerse mucho cuidado puesto que se han comunicado varias muertes por toxicidad del fármaco. (5)

Se ha demostrado que la quimioterapia reduce el riesgo de tumor de 9% hasta el 3% y disminuye la frecuencia del tumor persistente desde el 18% hasta el 7%. (2)

En 1987 se hicieron estudios los cuales mencionan que la quimioterapia profiláctica podría ser útil en el manejo de pacientes con alto riesgo de embarazo molar, especialmente cuando el seguimiento hormonal es también irrealizable o no confiable de poderse realizar.

Complicaciones:

Se ha determinado la enfermedad del trofoblasto con metástasis, por lo que se ha realizado una clasificación por Lewis quien lo divide así:

a.- Bajo Riesgo: Evidencia de metástasis a pulmón o pelvis, con valores de hGC séricos de 20,000 ng/ml (40,000 mUI/ml) con excreción urinaria de hGC de 100,000 UI/24 hrs. y una duración de la enfermedad de 4 meses.

b.- Moderado Riesgo: Metástasis a pulmón o pelvis, niveles séricos de hGC arriba de 20,000 ng/ml (40,000 mUI/ml) y una duración de la enfermedad de más de 4 meses. Excreción Urinaria de hGC arriba de 100,000 UI/24 hrs.

c.- Alto Riesgo: Metástasis a cerebro y/o hígado (sin importar niveles de hGC y duración de la enfermedad). (17)

Histerotomía:

Si por alguna razón no se utilizaron el legrado y la succión para evacuar una gran mola y se desea conservar el útero, la histerotomía es la alternativa a seguir. La incisión ha de ser lo suficientemente grande como para evacuar la mola con rapidez, pero no debe ser excesiva. Se infunde oxitocina y, tras la evacuación de la mola se realiza un legrado a través de la incisión. La histerotomía ya no es un método de elección en casos típicos. (4)

Histerectomía:

Si la paridad de la mujer o su edad desaconsejan embarazos ulteriores, puede preferirse la histerectomía al legrado por aspiración. La histerectomía es el procedimiento lógico en las mujeres de 40 años o más, independientemente de la paridad, y en las mujeres con tres o más niños, sin tener en cuenta la edad, a causa de la frecuencia con la que el coriocarcinoma sobreviene en estos grupos. Aunque la histerectomía no elimine la enfermedad trofoblástica, reduce de forma apreciable la probabilidad de que ésta se desarrolle posteriormente. (4)(8)

B.- Seguimiento posterior a fin de detectar una alteración maligna:

Entre éstas está:

Procedimiento de Seguimientos:

Si no se sigue cuidadosamente los siguientes procedimientos, en extremos importantes, algunas mujeres morirán sin necesidad por coriocarcinoma.

El principal objetivo del seguimiento es la "Detección

inmediata de cualquier alteración que sugiera la existencia de degeneración maligna trofoblástica". Por tal motivo se iniciará con la determinación de hGC por radioinmunovaloración. En base a la revisión de varios estudios debe seguirse de la siguiente manera:

- 1.- En pacientes normales y no embarazadas no deben descubrirse valores de beta hGC. A toda paciente con pos-evacuación de la mola se le dará seguimiento utilizando los valores séricos de beta hGC; en la mayoría de las técnicas el límite inferior es de 2 a 5 mUI/ml. La más baja sensibilidad de la prueba del embarazo en orina es de 800 a 2000 mUI/ml.
- 2.- Una vez evacuado el útero, los valores deben regresar a valores no determinables a nivel sérico en 8 a 12 semanas después.
- 3.- Se recomienda rayos X de tórax a las 6 u 8 semanas para confirmar que los pulmones se encuentran claros, tal placa de control deberá tomarse si aumentan los niveles de beta hGC; cuando estos valores disminuyen no es necesario.
- 4.- Valores no determinables de beta hGC por cuatro semanas consecutivas se considera que la paciente no cursa con la enfermedad y se realizarán valoraciones de beta hGC cada mes por un año. Así como cada tres meses se hace nueva historia y examen ginecológico.
- 5.- Después de un año de vigilancia normal, la paciente no padece de la enfermedad por lo tanto se controla cada año. Es importante evitar el embarazo durante el año de vigilancia,

para ello si no hay contraindicación se puede utilizar anticonceptivos orales. Los anticonceptivos estrógenos-progestágenos se han utilizado comúnmente para prevenir un embarazo posterior y para inhibir la hormona luteinizante hipofisiaria que reacciona de forma cruzada con muchas pruebas para la gonadotropina coriónica. (4)(5)(13)(15)(16)

TRATAMIENTO DEL TROFOBLASTO PERSISTENTE:

Más recientemente, alrededor del 20% de las mujeres tras la evacuación de una Mola Hidatidiforme, han sufrido un nuevo tratamiento por sospecha de enfermedad trofoblástica gestacional persistente. Si el nivel de gonadotropina coriónica circulante se ha estabilizado o aparece incrementado, pero no hay evidencia de enfermedad más allá del útero, el legrado o especialmente la histerectomía si no se quiere preservar el útero conseguirán la curación en algunos casos. La gonadotropina coriónica desaparecerá y la mujer mantendrá un buen estado clínico. Sin embargo, si el útero tiene que ser preservado o existen manifestaciones radiológicas de lesiones pulmonares, quizá sea preferible iniciar la quimioterapia en este momento con legrado o sin él. El Methrotrexate o Actinomicia D, solos o en combinación suele tener éxito en tales circunstancias.

Se pueden detectar cantidades muy reducidas de tumor trofoblástico viable mediante ensayos para la subunidad beta de gonadotropina coriónica. Una vez que la actividad de la subunidad beta ha disminuido al límite de la medición que es muy bajo se

puede interrumpir el tratamiento sin que exista probabilidad de recidiva.

Un método general de seguimiento es el siguiente:

- 1.- Evitar el embarazo durante el período de seguimiento.
- 2.- Determinar cada 2 semanas valores de hGC en el suero por radioinmunoensayo específico.
- 3.- Interrumpir el tratamiento mientras subsista la regresión de los niveles de gonadotropina coriónica.
- 4.- Una vez que el nivel es normal, es decir, ha alcanzado el límite inferior de la determinación se efectúa una nueva prueba un mes más tarde y luego cada 2 ó 3 meses durante un año.
- 5.- El seguimiento se puede interrumpir y permitirse el embarazo después de un año.
- 6.- Una elevación o una meseta mantenida en el nivel sérico requiere valoración y habitualmente tratamiento.

QUIMIOTERAPIA

Metotrexate:

Es un antimetabolito que se combina con el ácido fólico reductasa, por lo que inhibe la reducción de ácido fólico a ácido tetrahidrofólico. Este ácido es esencial en la transferencia de los fragmentos de un carbón durante la síntesis de DNA, y al bloquear la síntesis inhibe la replicación celular. La Leucovorina (ácido folínico, factor citrovorum) es una coenzima del folato totalmente reducida, metabólicamente funcional, entra a la célula y se convierte en otros factores de folato, pudiendo funcionar sin

ser reducida por la dihidrofolátoreductasa. Cuando se administra luego del metotrexate, impide o reduce la toxicidad y al administrarse simultáneamente se pueden administrar dosis altas de metotrexate.

El metotrexate se elimina a nivel renal por lo que está contraindicado en pacientes con deterioro renal. Dosis del Metotrexate: 10 - 15 mg. diarios IM o IV/5 días.

Metotrexate con Leucovorina: Metotrexate: 1 mg/kg IM seguidos en 12 a 24 horas de factor citrovorum: 0.1 mg/kg IM. El Metotrexate se administra cada tercer día hasta completar cuatro dosis o producirse toxicidad. Un estudio realizado por Barter observó remisiones en un 87% de los casos con niveles de toxicidad aceptables.

Actinomicina-D:

Es un antibiótico antitumoral que se liga al DNA, evitando la síntesis de RNA. Se excreta por el hígado. La dosis de Actinomicina-D: 0.5 mg IV diarios/5 días. En un estudio realizado con Actinomicina-D IV administrada en una dosis de 1.25 mg/m² cada 14 días, se observó 94% de remisiones en cuatro ciclos como promedio. Las manifestaciones tóxicas fueron: Nauseas, vómitos, estomatitis, granulocitopenia, trombocitopenia, rash, pigmentación, alopecia y supresión de médula ósea. (13)(17)

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

VI. METODOLOGIA:

A- TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo y retrospectivo.

B- SUJETO DE ESTUDIO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Los sujetos en estudio son exclusivamente el total de mujeres que consultaron al Hospital Nacional Regional de Escuintla durante el período 1990 - 1994 y a quienes se les Diagnosticó Mola Hidatidiforme.

C- CRITERIOS DE INCLUSION:

- Pacientes con Diagnóstico de Mola Hidatidiforme completa y parcial.

D- CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Pacientes con Diagnóstico de Coriocarcinoma o Mola Invasora o diagnóstico de otro origen.

E- VARIABLES:

| Variable | Definición Conceptual | Definición Operacional | Indicadores | Tipo de Variable |
|--------------|---|--|-----------------------------|------------------|
| Edad | Tiempo de sufrir enfermedad. | Edad que más se ve afectada al momento de consulta. | Años | Cuantitativa |
| Estado Civil | Es una investidura que hace que la paciente contraiga derechos y obligaciones | Estado civil que más consultó con Diagnóstico de Mola Hidatidiforme. | Unidas, Solteras y Casadas. | Cualitativa |

| Variable | Definición Conceptual | Definición Operacional | Indicadores | Tipo de Variable |
|-------------|--|---|--|------------------|
| Procedencia | Diferenciar el lugar de origen de los pacientes a quienes se les diagnosticó Mola Hidatidiforme. | Indicar la procedencia de los pacientes con Mola Hidatidiforme. | Escuintla, Puerto San José, Santa Lucía - Cotz., Etc. | Cualitativa |
| Paridad | Embarazos que han tenido los pacientes con Mola Hidatidiforme. | Primigestas, secundigestas, trigestas, multiparas y gran multiparas | Boleta de recolección de datos. | Cuantitativa |
| Ocupación | Cargo que desempeña dentro de la sociedad. | Trabajo realizado para subsistir en la comunidad. | Ama de casa, vendedora, mucama, secretaria, obrera, mesera, etc. | Cualitativa |

F) RECURSOS:

a- Físicos:

- .- Historias Clínicas de pacientes con diagnóstico de Mola Hidatidiforme.
- .- Archivo del hospital, área de gineco-Obstetricia.
- .- Hospital Nacional Regional de Escuintla.

b- Humanos:

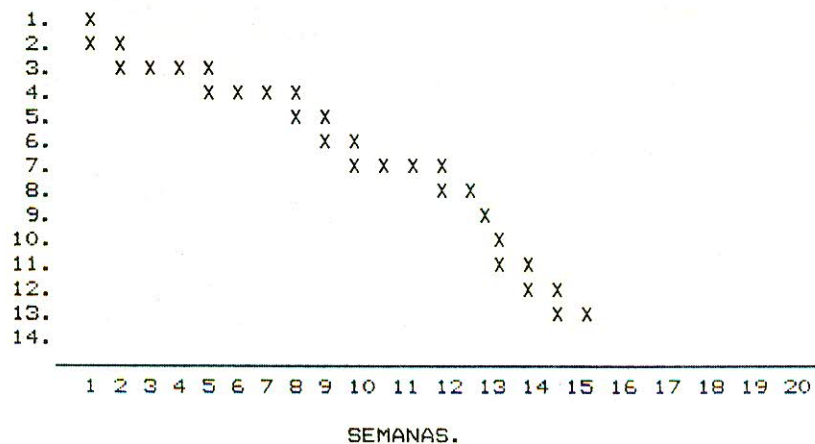
- .- Director del Hospital Nacional Regional de Escuintla.
- .- Personal de archivo (Asesor).
- .- Dr. Edgar de León (Revisor).
- .- Dr. Jorge Vela.
- .- Estudiante Investigador.

EJECUCION DE LA INVESTIGACION:

Se procede a llenar una boleta (ver anexo No. 1) para tomar datos generales de las pacientes que padecieron de mola hidatidiforme durante el período 1990 a 1994 y poder llevar un control adecuado; además ayuda a recolectar datos importantes de la investigación para poder hacer un mejor análisis del problema y poder realizar un recuento de datos eficiente de la investigación.

GRAFICA DE GANTT:

ACTIVIDADES:



ACTIVIDADES:

1. Selección del tema del proyecto de investigación, 1 sem.
2. Elección de asesor y revisor, 2 semanas.
3. Recopilación de material bibliográfico, 4 semanas.

4. Elaboración del proyecto conjuntamente con asesor y revisor, 4 semanas.
5. Aprobación del proyecto por la coordinación de tesis, USAC, 2 semanas.
6. Aprobación del proyecto por el Director del Hospital Nacional Regional de Escuintla, 2 semanas.
7. Ejecución del trabajo de campo o recopilación de la información, 4 semanas.
8. Procesamiento de datos, elaboración de tablas y gráficas, 2 semanas.
9. Análisis y discusión de resultados, 1 semana.
10. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen, 1 semana.
11. Presentación del informe final para correcciones, 2 semanas.
12. Aprobación del informe final, 2 semanas.
13. Impresión del informe final y trámites administrativos, 2 semanas.
14. Examen público de defensa de tesis.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS:

UNIVERSIDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

CUADRO No. 1:

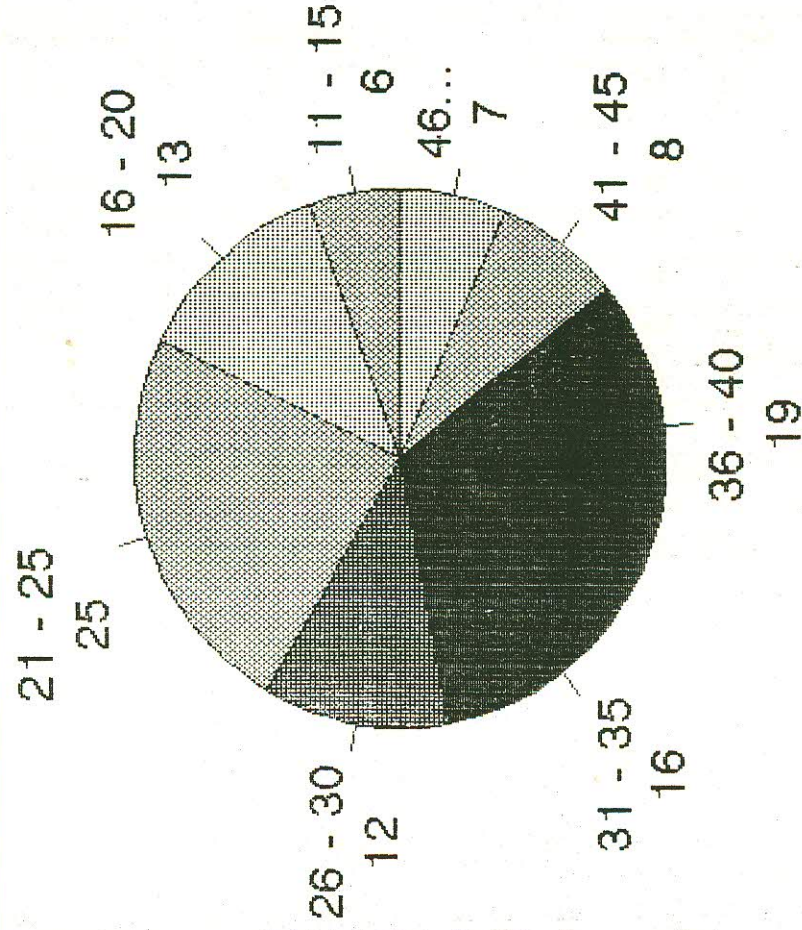
DISTRIBUCION ETAREA DE PACIENTES QUE PRESENTARON MOLA
HIDATIDIFORME EN EL HOSPITAL NACIONAL REGIONAL DE
ESCUINTLA DURANTE LOS AÑOS DE 1990 - 1994.

| EDAD EN AÑOS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|------------|
| 11 - 15 | 6 | 5.67% |
| 16 - 20 | 13 | 12.26% |
| 21 - 25 | 25 | 23.58% |
| 26 - 30 | 12 | 11.32% |
| 31 - 35 | 16 | 15.10% |
| 36 - 40 | 19 | 18.00% |
| 41 - 45 | 8 | 7.47% |
| 46 ó más | 7 | 6.60% |
| TOTAL | 106 | 100.00% |

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

Cuadro No. 1

Distribución etarea de pacientes con Mola Hidatidiforme



Edad y Frecuencia

Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADRO No. 2:

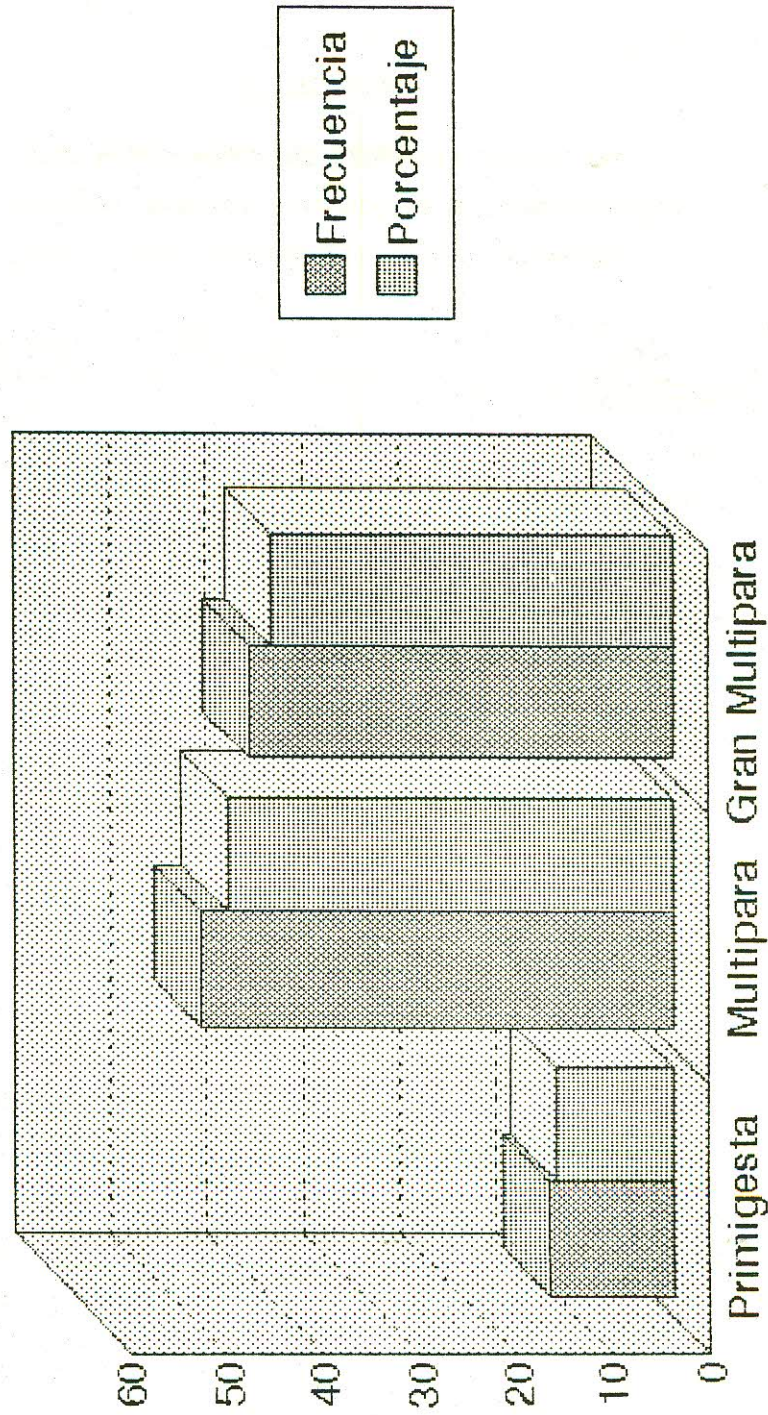
PARIDAD DE PACIENTES QUE PRESENTARON MOLA
HIDATIDIFORME EN EL HOSPITAL NACIONAL REGIONAL DE
ESCUINTLA DURANTE LOS AÑOS DE 1990 - 1994.

| PARIDAD | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|----------------|------------|------------|
| PRIMIGESTA | 13 | 12.26% |
| MULTIPARA | 49 | 46.23% |
| GRAN MULTIPARA | 44 | 41.51% |
| TOTAL | 106 | 100.00% |

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

Cuadro No.2

Paridad de pacientes que presentaron Mola Hidatidiforme



Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADRO No. 3:

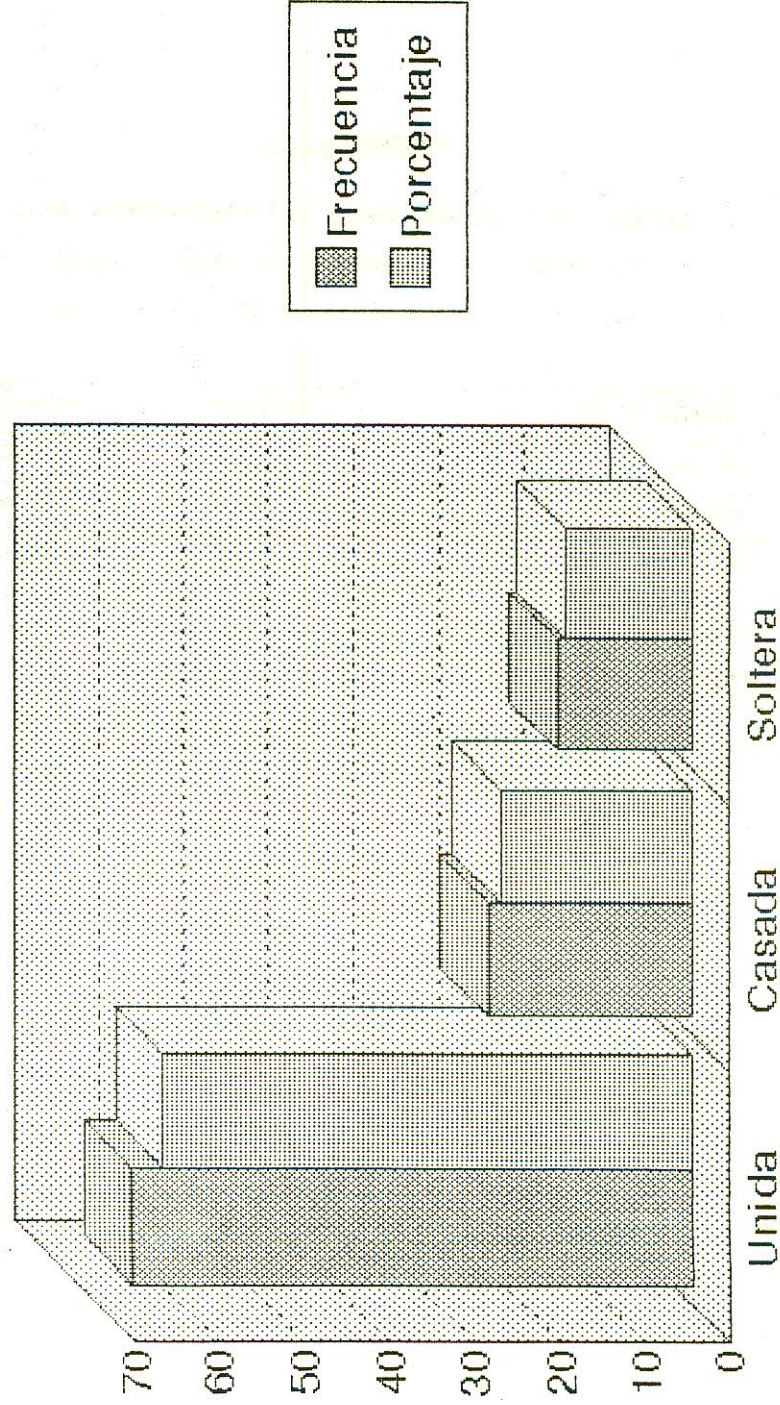
ESTADO CIVIL DE PACIENTES QUE PRESENTARON MOLA
HIDATIDIFORME EN EL HOSPITAL NACIONAL REGIONAL DE
ESCUINTLA DURANTE LOS AÑOS DE 1990 - 1994.

| ESTADO CIVIL | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|------------|
| UNIDA | 66 | 62.26% |
| CASADA | 24 | 22.64% |
| SOLTERA | 16 | 15.10% |
| TOTAL | 106 | 100.00% |

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

Cuadro No.3

Estado civil de pacientes que presentaron Mola Hidatidiforme



CUADRO No. 4:

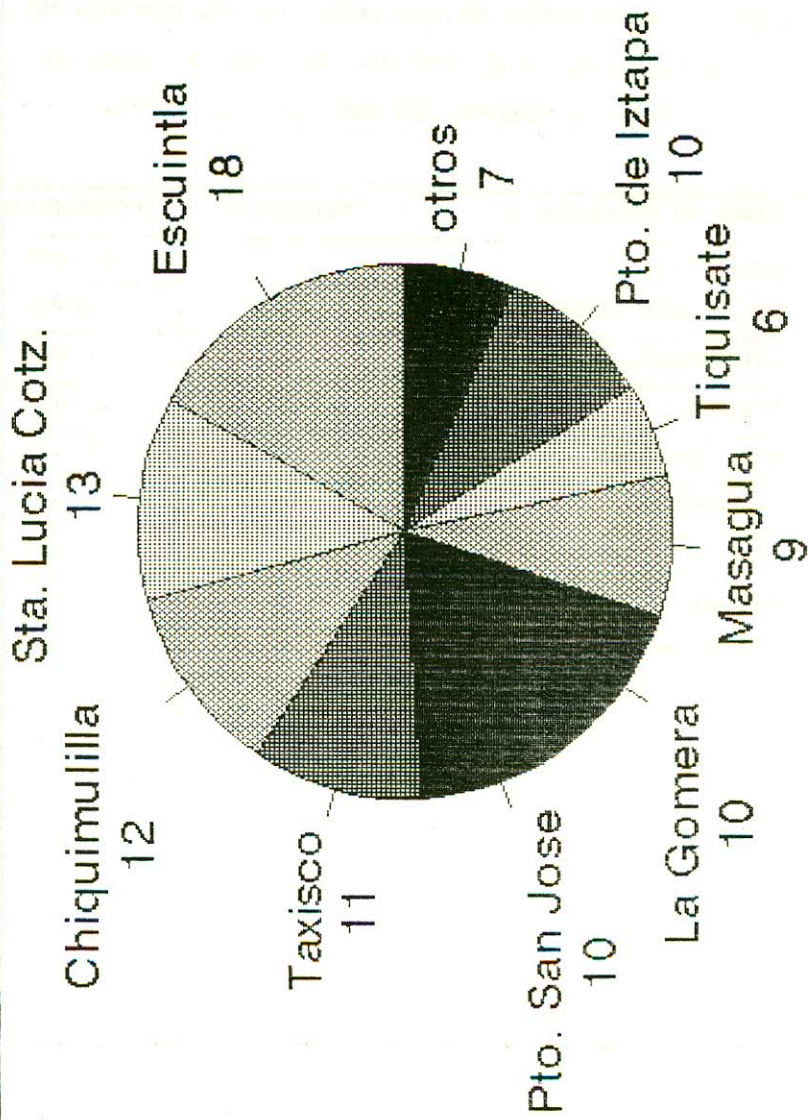
LUGAR DE PROCEDENCIA DE PACIENTES QUE PRESENTARON MOLA
HIDATIDIFORME EN EL HOSPITAL NACIONAL REGIONAL DE
ESCUINTLA DURANTE LOS AÑOS DE 1990 - 1994.

| LUGAR DE PROCEDENCIA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------------------|------------|------------|
| ESCUINTLA | 18 | 16.98% |
| STA. LUCIA COTZUMALGUAPA | 13 | 12.26% |
| CHIQUIMULILLA | 12 | 11.32% |
| TAXISCO | 11 | 10.40% |
| PTD. SAN JOSE | 10 | 9.43% |
| LA GOMERA | 10 | 9.43% |
| PTD. DE IZTAPA | 10 | 9.43% |
| MASAGUA | 9 | 8.50% |
| TIQUISATE | 6 | 2.83% |
| OTROS | 7 | 6.60% |
| TOTAL | 106 | 100.00% |

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

Cuadro No.4

Lugar de Procedencia



Frecuencia
Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADRO No. 5:

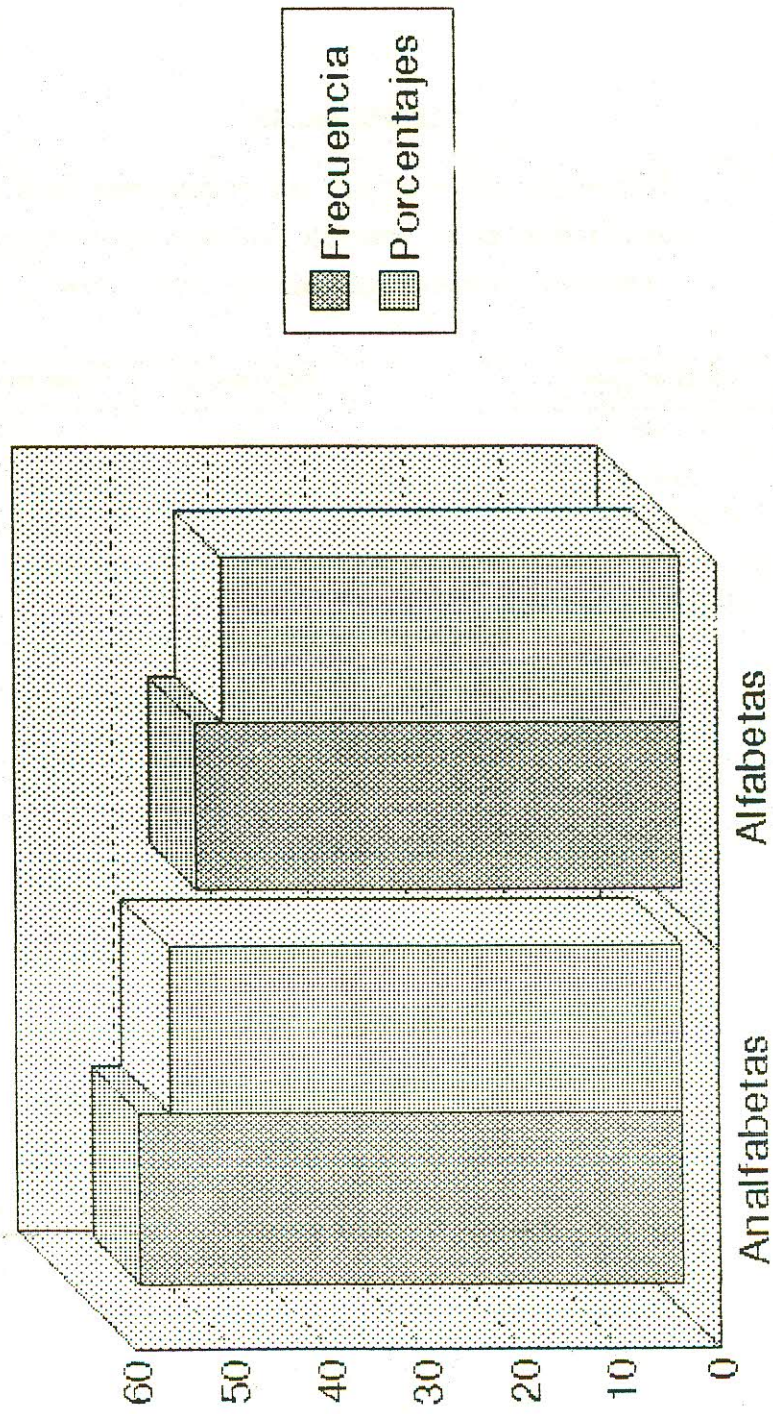
ESCOLARIDAD DE PACIENTES QUE PRESENTARON MOLA
HIDATIDIFORME EN EL HOSPITAL NACIONAL REGIONAL DE
ESCUINTLA DURANTE LOS AÑOS DE 1990 - 1994.

| ESCOLARIDAD | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------|------------|------------|
| ANALFABETAS | 56 | 52.83% |
| ALFABETAS | 50 | 47.17% |
| TOTAL | 106 | 100.00% |

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

Cuadro No. 5

Escolaridad de pacientes que presentaron Mola Hidatidiforme



Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADRO No. 6:

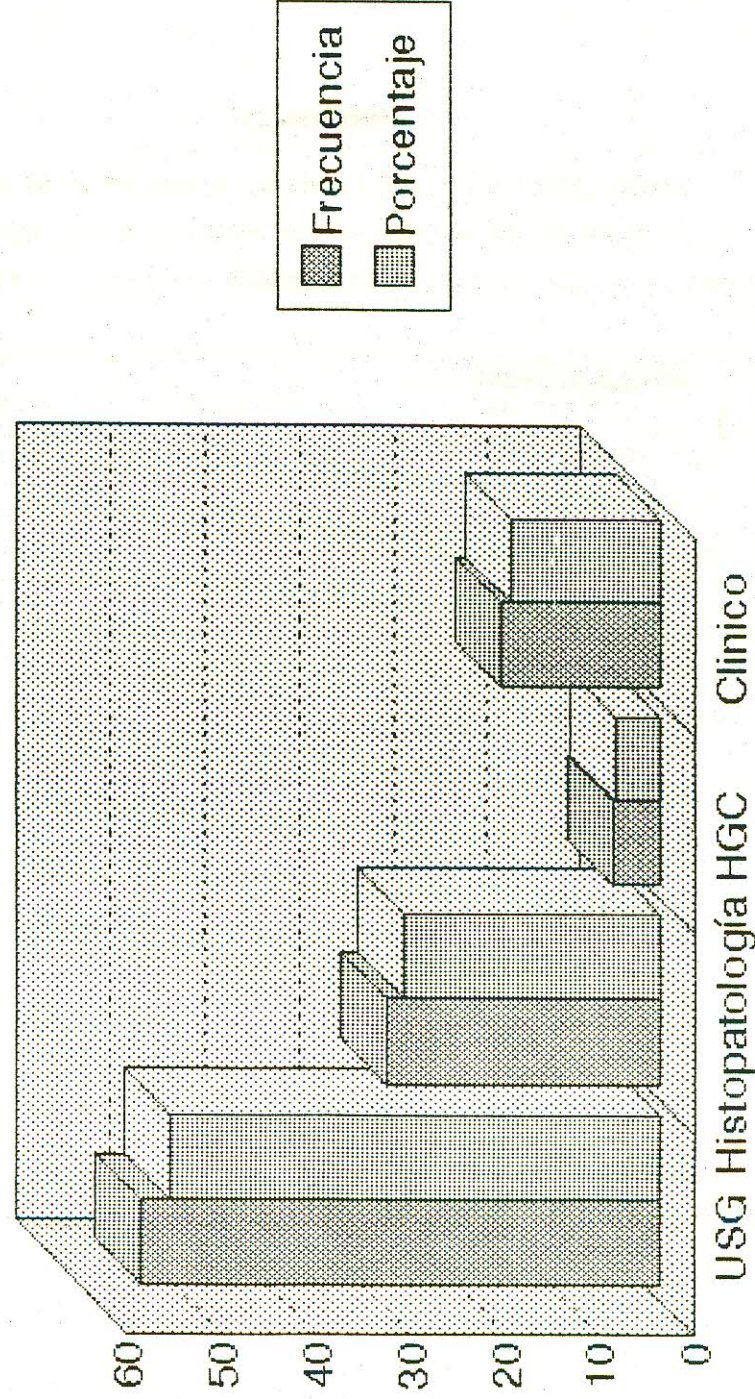
LABORATORIOS UTILIZADOS PARA EL DIAGNOSTICO DE MOLA
HIDATIDIFORME EN PACIENTES QUE CONSULTARON AL HOSPITAL
NACIONAL REGIONAL DE ESCUINTLA DURANTE LOS AÑOS DE 1990 - 1994.

| METODOS DIAGNOSTICOS UTILIZADOS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------------------------------------|------------|------------|
| ULTRASONIDO | 55 | 51.89% |
| HISTOPATOLOGIA | 29 | 27.36% |
| DETERMINACION DE HGC | 5 | 4.72% |
| CLINICO | 17 | 16.03% |
| TOTAL | 106 | 100.00% |

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

Cuadro No. 6

Laboratorios utilizados para el diagnostico



Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADRO No. 7:

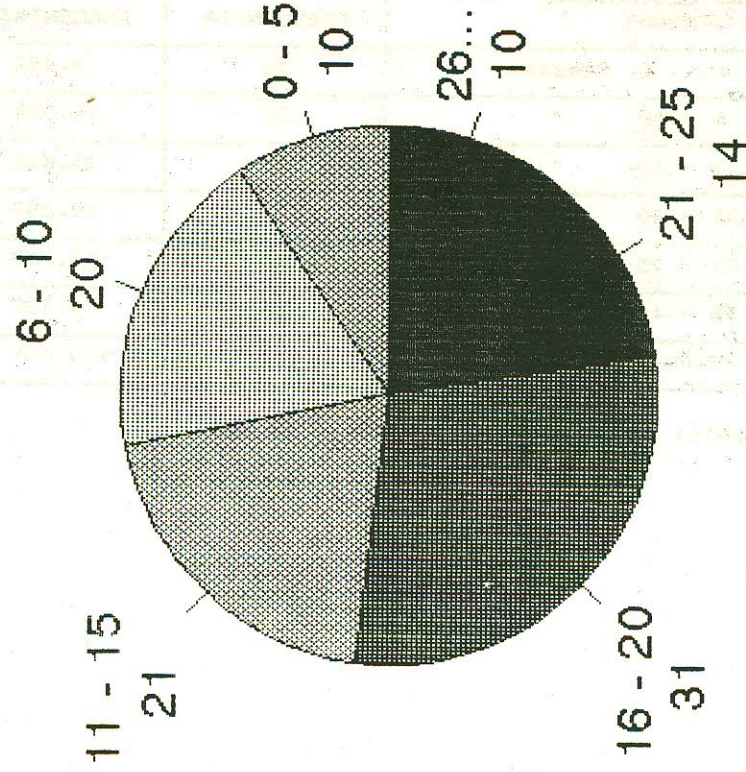
EDAD GESTACIONAL DE PACIENTES QUE PRESENTARON MOLA
HIDATIDIFORME EN EL HOSPITAL NACIONAL REGIONAL DE
ESCUINTLA DURANTE LOS AÑOS DE 1990 - 1994.

| EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------------------------|------------|------------|
| 0 - 5 Semanas | 10 | 9.43% |
| 6 - 10 " | 20 | 18.87% |
| 11 - 15 " | 21 | 19.81% |
| 16 - 20 " | 31 | 29.25% |
| 21 - 25 " | 14 | 13.21% |
| 26 - ó más " | 10 | 9.43% |
| TOTAL | 106 | 100.00% |

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

Cuadro No.7

Edad gestacional de pacientes con Mola Hidatidiforme



edades y frecuencias

Fuente: Boleja de recolección de datos

CUADRO No. 8:

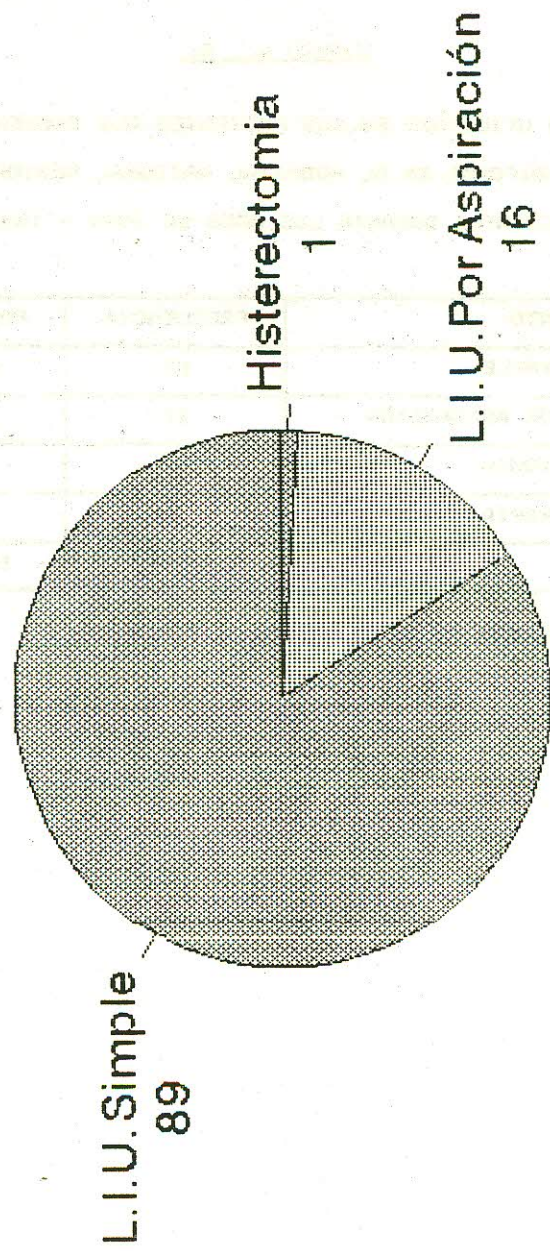
TRATAMIENTO UTILIZADO EN LOS PACIENTES QUE PRESENTARON MOLA
HIDATIDIFORME EN EL HOSPITAL NACIONAL REGIONAL DE
ESCUINTLA DURANTE LOS AÑOS DE 1990 - 1994.

| TRATAMIENTO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-----------------------|------------|------------|
| L.I.U. SIMPLE | 89 | 83.96% |
| L.I.U. POR ASPIRACION | 16 | 15.10% |
| HISTERECTOMIA | 1 | 0.94% |
| QUIMIOTERAPIA | 0 | 0.00% |
| TOTAL | 106 | 100.00% |

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

Cuadro No. 8

Tratamiento Utilizado



Frecuencia
Fuente: Boleta de recolección de datos

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS:

El número de pacientes que consultaron al Hospital Nacional Regional de Escuintla con problemas de Mola Hidatidiforme fue de 106; tomando en estudio el total de pacientes durante los años de 1990-1994.

DISTRIBUCION ETAREA:

La mayoría de pacientes pertenecen a la edad de 21 - 25 años (23.58%) por ser una de las edades más fértiles de la mujer.

PARIDAD:

El primer lugar lo ocupan las pacientes multíparas con 49 pacientes (46.23%); el segundo las pacientes gran multíparas con 44 pacientes (41.51%) y el último lugar lo ocupan las primigestas con 13 pacientes (12.26%).

ESTADO CIVIL:

El primer lugar lo tienen las personas unidas con un porcentaje de 62.26% (66 pacientes).

LUGAR DE PROCEDENCIA:

Se observó que la mayoría procedían de Escuintla en un 16.98% (18 pacientes), se deduce a que es aquí mismo donde se encuentra el Hospital, pero también se observa que hubieron otros pacientes que su lugar de procedencia fue fuera del Departamento de Escuintla pero con domicilio dentro de éste.

ESCOLARIDAD:

Se observa que el porcentaje más alto lo tienen las pacientes analfabetas con un 52.83% (56 pacientes).

METODO DIAGNOSTICO:

En la población en estudio se encontró que el método más utilizado en el diagnóstico de Mola Hidatidiforme fue el Ultrasonido con un 51.89% (55 pacientes) y esto es debido a que es el método más comúnmente utilizado por su exactitud.

EDAD GESTACIONAL:

En este cuadro se observó que el problema se hizo más frecuente entre las semanas 11 - 15 con un porcentaje de 19.81%, y las semanas del 16 - 20 con un porcentaje de 29.25%; deduciéndose que entre estas semanas se les realizó el legrado.

TRATAMIENTO:

De la población en estudio el primer lugar lo ocupa el legrado simple con un 33.96% (89 pacientes) ya que es el procedimiento que frecuentemente se aplica a las pacientes con diagnóstico de Mola Hidatidiforme en el Hospital Nacional Regional de Escuintla, con respecto a los legrados por aspiración estas pacientes fueron enviadas a los Hospitales de la ciudad capital.

El cuadro de OCUPACION no se realizó debido a que el 100% de pacientes en estudio su trabajo fue el de Oficios Domésticos.

IX. CONCLUSIONES:

- 1- La edad más frecuente encontrada fue la de 21 - 25 años.
- 2- El estado civil encontrado en éste estudio con un alto porcentaje fue el de las pacientes unidas.
- 3- El lugar de procedencia que consultó con mayor frecuencia fue Escuintla por ser el más cercano a la ubicación del Hospital Nacional.
- 4- La mayoría de pacientes han sido tratados con legrado simple.
- 5- La totalidad de pacientes en estudio se dedicaron a los oficios domésticos.
- 6- A la mayoría de pacientes con problema de Mola Hidatidiforme no se les realizó seguimiento debido a que no se presentaron a la cita en el Hospital.
- 7- Se puede observar que las pacientes con problema de Mola Hidatidiforme se dio en personas multiparas con el mayor porcentaje.

X. RECOMENDACIONES:

- 1.- Concientizar a las pacientes para que reconsulten al Hospital Nacional Regional de Escuintla después de su egreso para un seguimiento del problema.
- 2.- Dar plan educacional a todas las pacientes que presenten Mola Hidatidiforme del peligro que representa ésta enfermedad.
- 3.- Realizar a todas las pacientes con diagnóstico de Mola Hidatidiforme antes de su egreso del Hospital el examen de Hormona Gonadotropina Coriónica de rutina.

XI. RESUMEN:

El presente estudio es de tipo Descriptivo-Retrospectivo, el cual trata sobre Mola Hidatidiforme; encontrándose en la revisión de historias clínicas de años anteriores (durante los años de 1990-1994) del departamento de Ginecología del Hospital Nacional Regional de Escuintla 106 casos.

Para ello se realizó una boleta de recolección de datos para cada historia clínica revisada con la enfermedad de Mola Hidatidiforme, obteniéndose los siguientes resultados:

La mayoría de pacientes con esta enfermedad están comprendidas en las edades de 21 - 25 años (23.58%); como segundo lugar de 36 - 40 años (18.00%) y en tercer lugar de 31 - 35 (15.10%); encontrándose también que en su mayoría eran multíparas, siendo 49 pacientes (46.23%) y en su minoría son primigestas con 13 pacientes (12.26%).

Respecto al estado civil en su mayoría fueron unidas siendo 66 pacientes (62.26%); el lugar de procedencia que consultó con más frecuencia fueron los que viven en el área urbana de Escuintla, siendo 18 pacientes (16.98%); también se encontró que en su mayoría 56 pacientes (52.83%) son analfabetas.

El método diagnóstico mayormente utilizado fue el Ultrasonograma, siendo 55 pacientes (51.86%) y las semanas de gestación que las pacientes presentaron en su mayoría fue de 16 - 20 semanas, siendo 31 pacientes (29.25%).

Después de los resultados observamos que las pacientes con esta enfermedad son jóvenes, multíparas, analfabetas y que lo han diagnosticado por medio del ultrasonido.

XII. BIBLIOGRAFIA:

- 1) Herting A.T. Human trofoblastic
Springfield Charles, 1968 pp (420-438)
- 2) Woodruff Donald, Novack Edmund R.
Tratado de Ginecología 8'a. edición
Buenos Aires 1982 pp (657-692)
- 3) Mola Hidatidiforme en pacientes con Ab espontáneo
Amilcar Napoleón Coronado Stwolinsky
Tesis 1992 USAC pp (44)
- 4) Gineco-Obstetricia de Williams
Jack A. Pritchard 3a. Edición
Salvat Editores S.A. México D.F.
pp (431-440)
- 5) Diagnóstico y Tratamiento Gineco-Obstetricia
Martin L. Pernoll 6a. Edición Año 1993
Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.
México D.F. Sta. Fe de Bogotá pp (1177-1189)
- 6) Curso Clínico Y Diagnóstico por USG. en Mola Embrionaria
Susy Jackeline Chang Quezada Tesis 1994 USAC
PP (33)
- 7) Enfermedad del Trofoblasto
Clínica de Norteamérica Vol. 3 Interamericana
México 1984 pp (431-476)
- 8) Patología Estructural y Funcional de Robins
pp (1139-1143)
- 9) Human triploide, Relation Between Parental Origin of the
Additional Haploid Complement Ann Hum,
Jacobs P.A., Funklouser J. et al; 1982 pp (46-200)
- 10) Diagnóstico y Tratamiento en su Manual de Obstetricia
Niswander K.R. *A. Edición, Salvat,
pp (377-382)
- 11) Tratado de Ginecología de Novack
Jones H.W., Jones G.S. 10a. Edición
pp (659-687)
- 12) The Ab. and Blood-Group Antigens in Human Placents
Szulman A.E. 1972, pp (286-1028)

- 13) Estudio Sobre las Neoplasias Trofoblásticas de la Gestación
Zoila Milagro González Peña; Tesis 1992
USAC, pp (82)
- 14) Enfermedad del, Trofoblasto en la Mujer Guatemalteca en
el INCAN. Héctor Eduardo Rodas Marroquín
Tesis 1991, USAC. pp (58)
- 15) Manual de Terapéutica Médica
Departament of Medicine Washington University
7a. Edición, Salvat editores S.A.
Barcelona España, 1990; pp (494)
- 16) Revisión del Manejo de la Enfermedad del Trofoblasto
José Rogelio Arévalo Godoy
Tesis 1989, USAC., pp (94)

XIII. ANEXO:

ENFERMEDAD DEL TROFOBLASTO EN MUJERES QUE CONSULTARON
AL HOSPITAL NACIONAL REGIONAL DE ESCUINTLA:

FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS:

DATOS GENERALES:

Nombre: _____ Edad: _____

Historia Clínica No.: _____ Año: _____

Dirección: _____ Alfabeta: Si: ___ No: ___

Estado Civil: _____ Trabaja: Si: ___ No: ___

Procedencia: _____

ANTECEDENTES PERSONALES GINECOOBSTETRICOS:

Gestas: _____ Partos: _____ Abortos: _____ Molas: _____

FUR: _____ Semanas de Gestación: _____

Anticonceptivos: Si: ___ No: ___ . Orales: _____ Barrera: _____

Dispositivos Intrauterinos: _____ Otros: _____

DIAGNOSTICO:

Ultrasonido: Si: ___ No: ___ Clínico: Si: ___ No: ___ Radiológico: Si: ___ No: ___

Histopatología: Si: ___ No: ___ Determinación de HCG: Si: ___ No: ___

TRATAMIENTO:

Legrado Simple: _____ Legrado por Aspiración: _____

Histerectomía: _____ Histerótomía: _____

Quimioterapia: _____

SEGUIMIENTO:

Se le realizó seguimiento: Si: ___ No: ___

Pruebas Bioquímicas Complejas: Si: ___ No: ___

Hormona Gonadotropina Coriónica: Si: ___ No: ___

Ultrasonografía: Si: ___ No: ___ Rayos X: Si: ___ No: ___

Recurrencia: Si: ___ No: ___ Centellografía: Si: ___ No: ___

Metástasis: Si: ___ No: ___ Localización: _____

Nuevo Embarazo: Si: ___ No: ___ Muertes: Si: ___ No: ___

COMPLICACIONES:

Coriocarcinoma: Si: ___ No: ___ Mola Invasiva: Si: ___ No: ___