

Mola Hidatiforme

DR. CARLOS ML. PRADA D.*

DRA. CECILIA CORDERO S.**

El presente trabajo se basa en una evaluación de los casos que fueron atendidos en el Instituto Carit de agosto de 1958 al mes de abril de 1965 y de una revisión bibliográfica del tema.

MATERIAL Y METODOS

Abarca 40 casos, 5 de los cuales asistieron a la Consulta Externa únicamente a control. En este lapso, se atendieron en la Institución un total de 25.514 partos, lo que nos da un caso de Mola por cada 638 partos, correspondiendo a un índice de presentación de 0.13% (para obtener este porcentaje fueron excluidos los 5 casos que sólo se presentaron a control. La frecuencia de la Mola Hidatiforme varía ostensiblemente, basta revisar los diferentes reportes. En términos generales encontramos que las cifras norteamericanas están comprendidas, entre un caso de Mola por cada 1500 a 3000 embarazos o partos (5-8-12-15-16-20-22-23-24-25-26-29-30-31-32-34). La literatura europea da una incidencia para los ingleses y alemanes de un caso de mola por c/1000 embarazos (7); en tanto que las estadísticas francesas señalan extremos más variables: 1 por 875 a 1 por 5000 (6). Definitivamente, corresponde a las razas asiáticas el mayor índice de presentación, las referencias bibliográficas señalan 1 x 150 a 300 (6-10-11-13-14-15-19-22-32).

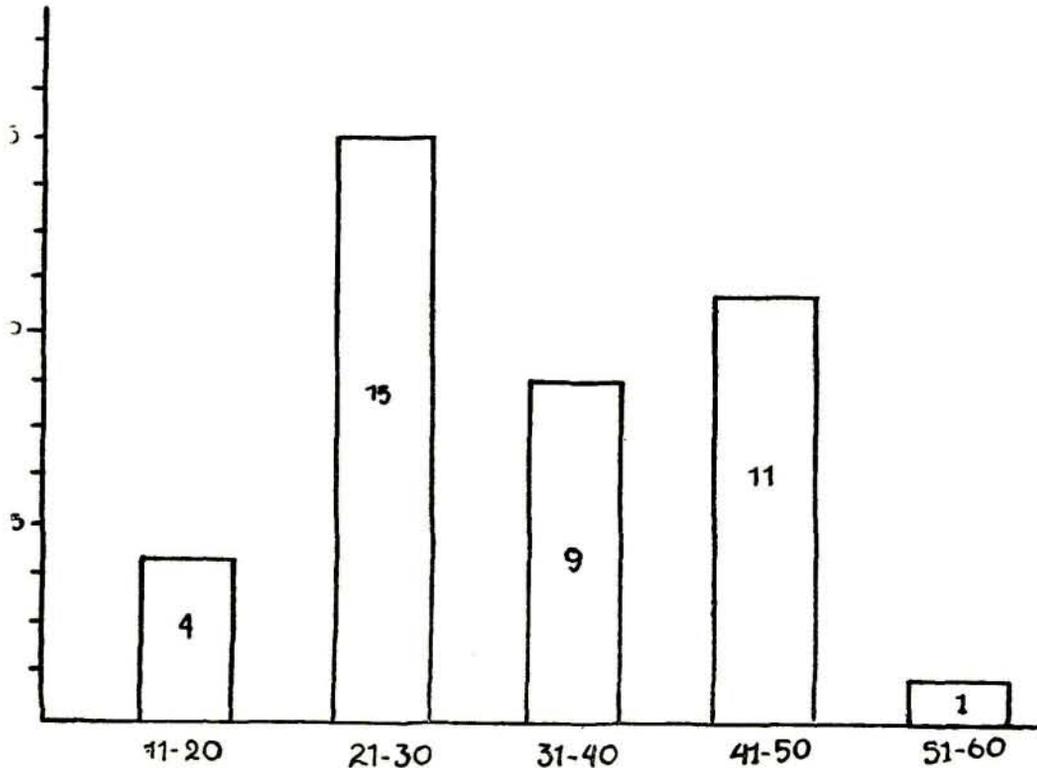
En Latinoamérica Castelazo (7) reporta en la Maternidad del Seguro Social de México, 1 caso por 395 embarazos, en tanto que para el mismo país, Marquez (19) encuentra 1 por 200. Otros reportes (19) provenientes de la República Mexicana, muestran las siguientes cifras: Fernández Doblado 1 x 400, igual incidencia se encontró en el Hospital Militar de la Ciudad de México. Las cifras más bajas provienen de algunos de los más destacados obstetras de México, pues reportan en la práctica privada 1 caso por 1000 embarazos. Fernández en Brazil, 1 x 1071 embarazos. Cabrera en Chile 1 x 829. Pinedo y Pernia en Venezuela, reportan 1 x 834 y 1 x 423 respectivamente (27-28). Aramburu en Guatemala encontró 1 caso por cada 670 embarazos.

* Servicio de Ginecología. Instituto Carit.

** Médico Interno.

1.—DISTRIBUCION POR DECADAS DE EDAD:

La paciente de menor edad con 17 años y la de mayor con 53 años.
 Década de mayor incidencia: 21-30 años (37.5%) (Gráfica N° 1).



Concuerdan la distribución por décadas de edad con la mayoría de los reportes. En términos generales, el porcentaje de incidencia para la 3ª década varía de 40 a 75% (7-11-19-22-27-29-32-34). Las cifras extremas de edad no se apartan en mucho a las reportadas por Borrow (5) Cartoux (6) Gaetane (13) Schelpert (31) Moore (22).

2.—GRAVIDEZ:

La historia de embarazos anteriores fluctuaba entre 1 y 18. La primigrávida contaba con 18 años de edad y con 41 la paciente que más gestas había tenido. Seis de las 40 pacientes eran nulíparas. Las restantes acumulaban una totalidad de 193 partos, con un promedio de 5.6. Del grupo total, 22 de ellas tenían historia de abortos previos: 41 en total, lo que registraba un promedio de 1.8.

A excepción de Marquez (19), todos los autores sin distinción en cuanto a distribución geográfica se refiere, están de acuerdo en que esta patología tiene lugar en múltiparas (6-10-19-27-28-29-31-32-34).

3.—AMENORREA:

En 34 de los documentos clínicos se pudo establecer el tiempo de amenorrea que osciló entre 8 y 31 semanas, distribuyéndose de la siguiente manera:

<i>Tiempo - Nº casos</i>	<i>Tiempo - Nº casos</i>	<i>Tiempo Nº casos</i>
8—1	15—1	22—1
10—2	16—4	24—2
11—1	17—1	25—1
12—4	18—2	26—1
13—2	19—1	30—1
14—2	20—6	31—1

Promedio tiempo de amenorrea: 19.8 semanas.

Coinciden los datos sobre amenorrea con los reportes de Chun (11), Marquez (19), Mc Kay (20), Pinedo (28) y Westman (35).

4.—SANGRADO:

En 27 pacientes (67.5%) se encontró consignada historia de sangrado de origen intrauterino, cuyas características fueron ampliamente variables por lo que nos vimos en la imposibilidad de clasificarlo bajo las usuales terminologías.

Es un hecho cierto, que un síntoma predominante (7-10-11-18-22-32-34), lo constituye el sangrado anormal. Dicho sangrado, según Logan (17) (27) se toma por lo general debido a un aborto incompleto. Westman (35) analizando el material obtenido de abortos espontáneos, encontró en el 30% de los casos degeneración hidatiforme. La cifra más baja del sangrado como síntoma de la mola, la reporta Pernia (27) con 22.5%, en tanto que Cartoux (6), Schelpert (31) y Pinedo (28) señalan cifras que fluctúan entre 87 y 96%.

5.—HIPEREMESIS GRAVIDICA:

Unicamente en 8 casos se anotaba historia de hiperemesis gravídica.

6.—ALTURA UTERINA:

La altura uterina estuvo comprendida entre los límites de 8 a 34 cmt. Este dato fue obtenido en 32 de las 35 pacientes que habían sido atendidas en la Institución. El promedio de altura uterina fue de 18 cmt. En 30 casos se pudo comparar las semanas de amenorrea con la altura uterina. Los datos obtenidos fueron los siguientes: en tres casos la altura uterina, correspondía a las semanas de amenorrea. En 16 pacientes (53.3%) se obtuvo una altura mayor a la esperada de acuerdo al tiempo de gestación. Esta discrepancia osciló entre 2 y 15 cmt. con un promedio de 6.6 cmt. El fenómeno inverso, fue observado en 11 casos (36.6%) y la diferencia fluctuó entre 2 y 14 cmt. con un promedio de 7 cmt.

<i>Altura - Nº casos</i>	<i>Altura - Nº casos</i>	<i>Altura - Nº casos</i>
8—1	16—6	22—2
10—1	17—1	25—1
12—2	18—5	26—2
13—2	20—4	27—1
14—2	21—1	34—1

En términos generales ha sido aceptado que el crecimiento molar, es superior al de un embarazo normal, razón por la cual es dable esperar mayores dimensiones en esta patología, pero este hallazgo no es constante y sólo en caso de positividad tiene valor clínico.

Una mayoría de autores (5-28-32) sostienen que en más del 50% de los casos, se encuentra mayor altura uterina. El porcentaje por nosotros obtenido es similar al reportado por Pernia (27), Schelpert (31) y Watkins (34). Jones (5) sostiene que es más frecuente el fenómeno inverso. Sin embargo, la cifra consignada en nuestro material se asemeja a algunas de las citas bibliográficas revisadas (31-34).

7.—EXAMENES DE LABORATORIO:

La determinación pre-operatoria de la hemoglobina fue reportada en 34 casos.

Las cifras extremas variaron de 40 a 95%, con un promedio de 70.37%.

- de 40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	más de 90
1	1	4	6	7	2	3

En otras 5 pacientes, los valores hemáticos fueron reportados en hematocrito, cifras extremas: 27 a 40 c.c. con un promedio de 34.2.

En el cuadro siguiente pueden verse los valores de Eritrocitos, reportados pre-operatoriamente en 23 pacientes.

De 2½ a 3 millones	De 3 a 3½ millones	De 3½ a 4 millones
6	5	5
De 4 a 4½ millones	De 4½ a 5 millones	
3	4	

Los valores hemáticos coinciden con los reportados por Stroup (32).

8.—TRANSAMINASA:

Ilusionados por los reportes preliminares (33) de que el estudio de la transaminasa Oxalacética era de gran valor en el diagnóstico diferencial de mola, se practicó este estudio en varios casos. Desechamos aquellos en los cuales no se confirmó la sospecha clínica inicial. Los valores siempre fueron negativos incluso en 8 casos en los que posteriormente se confirmó el diagnóstico tanto desde el punto de vista clínico como histopatológico.

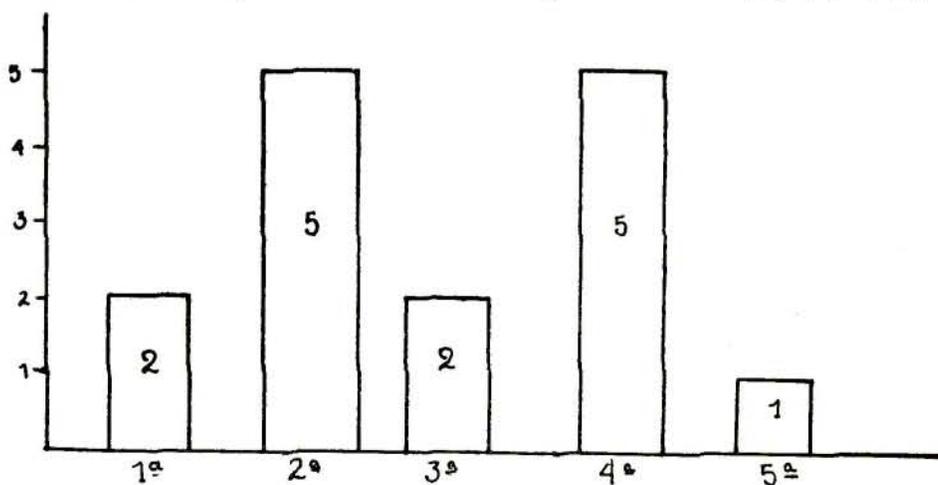
Menos de 20 Unidades (8-12-16)	De 20-30 (20-21-25-26)
3 Casos	4 Casos
Más de 30 Unidades (38)	
1 Caso	

9.—GALLI MAININI:

Preoperatoriamente se practicó dicha prueba a 28 pacientes. En 27 casos el Galli simple fue positivo. En 18 casos se había complementado con la prueba a diluciones encontrándose los siguientes resultados: un caso negativo; cuatro casos positivos al 1:10 y en 13 al 1:20. Únicamente una prueba simple fue negativa.

10.—CONTROL POST-OPERATORIO:

A) *INMEDIATO*: En 24 pacientes se realizó control post-operatorio con pruebas biológicas "22 Gallis y 2 pruebas Ortho". En 13 de estas 24 pacientes la negativización de acuerdo al examen de laboratorio fue la siguiente: en dos casos a la 1ª semana; en 5 a las 2 semanas; en 1 a las 3 y en 5 a las 4 semanas. En 7 de estos mismos 13 casos se había completado con la prueba a diluciones, todos reportados como negativos. En dos pacientes se realizó el control mediante Galli a diluciones, habiéndose obtenido la negativización a las 3 y 5 semanas.



Los restantes del grupo total controlados en el post-operatorio inmediato y con pruebas que fueron positivas sumaban 9 casos.

Estas pruebas positivas, lo fueron en 8 a la 1ª semana y en 1 a las 2 semanas. 2/3 de este grupo se negativizaron posteriormente en un período comprendido entre 2 y 7 semanas. Un caso mostró una prueba positiva intermedia a 2 negativas. La negativización coincidiendo con los reportes extranjeros (11-22-31-34-) se presentó en la mayoría de los casos, dentro de los 2 primeros meses de aplicada la terapéutica.

B) *A MEDIANO Y LARGO PLAZO:* Este tipo de control sólo se llevó a cabo en 14 pacientes y estuvo comprendido en un período de 2 a 12 meses.

Todas las pruebas fueron negativas a excepción de un caso, que por cierto, en el control inmediato presentó Galli negativo; lo interesante de este caso es que degeneró en un coriocarcinoma. Algunos Gallis fueron complementados con pruebas a diluciones, las cuales también se mostraron negativas.

11.—ANATOMIA PATOLOGICA:

En todas las pacientes intervenidas en la Institución se corroboró el diagnóstico clínico con el estudio histopatológico.

No se presentó ningún Corioadenoma, lo que está en contraposición con los hallazgos de diferentes autores (16-20). Tampoco se encontró el antecedente de mola a repetición (6-12-19) y ninguno de nuestros casos se trató de una mola embrionada, patología que bien sabemos es extremadamente rara (6-18-27). En el 12.5% la mola, se acompañó de degeneración quística del ovario, este porcentaje es ligeramente inferior al reportado por Stroup y Watkins (32-34).

12.—PROXIMA GESTACION:

En 12 pacientes se conocieron las fechas de la próxima gestación, que se presentaron entre 1 y 30 meses con un promedio de 16 meses. (1-2-3-3-4-6-15-16-24-24-27-30).

Este dato ha sido infrecuentemente reportado y en nuestra revisión bibliográfica sólo obtuvimos la cinta de Reiner (29).

13.—TERAPEUTICA:

En términos generales podemos decir que la edad, paridad, altura uterina, sangrado y condiciones del cuello, fueron los factores que sirvieron de base en la elección terapéutica, la que se coloca en un punto intermedio a la observada por los diferentes autores (1-2-3-22-27-28-31-34).

La evacuación de la mola se realizó por la vía vaginal mediante legrado en 34 casos, este procedimiento inicial se complementó con un nuevo legrado en 34 casos y con una histerectomía total en 5 pacientes (en 3 de ellas con salpingooforectomía bilateral). La histerectomía como terapéutica primaria se llevó a cabo en 6 casos (5 totales "2 con salpingooforectomía bilateral" y una subtotal con extirpación de los anexos). En ningún caso se practicó la histerotomía.

A 24 pacientes se les transfundió sangre, entre 500 c.c. y 2 litros, con un promedio de transfusión de 1000 c.c.

Las cantidades de sangre transfundida se equiparan a las que mencionan Pernia (27) y Stroup (32).

14.—COMPLICACIONES:

En 2 pacientes el cuadro clínico se complicó por la aparición de sepsis. En otro caso a consecuencia de un shock post-transfusional, la paciente presentó insuficiencia renal aguda.

En el post-operatorio, 2 pacientes presentaron el cuadro de sepsis posterior al legrado, y finalmente una paciente se complicó con una pielonefritis y shock.

La baja incidencia de cuadros sépticos está en contraposición de la encontrada por Reiner (29).

15.—DEGENERACION MALIGNA:

Unicamente se presentó la degeneración maligna en un caso de la totalidad de las 40 pacientes que constituyen la casuística (25%). Este porcentaje significa en realidad el de la degeneración dentro de un término que podríamos llamar a corto o mediano plazo, sin embargo, representa una cifra intermedia a las encontradas en las diferentes publicaciones (1-12-16-20-27-29-34).

16.—MORTALIDAD:

En nuestra casuística la única muerte estuvo relacionada con la degeneración maligna a la que ya se hizo mención. Es una cifra aceptable si la comparamos con las reportadas (6-19-27).

RESUMEN Y CONCLUSIONES

- 1) El análisis abarca 40 casos de mola hidatiforme obtenidos de los archivos clínicos del Instituto Carit. La alta incidencia si tomamos que se presentó un caso de mola por cada 638 partos se explica sobre la base de que por el carácter especializado de la Institución, le es referida gran parte de la patología obstétrica y ginecológica del país.
- 2) El mayor número de pacientes (37%) se encontraban en la tercera década de la vida.
- 3) La mayoría de las pacientes han sido grandes multíparas, con un promedio de 5-6 partos y aproximadamente la mitad de ellas complementaban su historia obstétrica con abortos previos (1.8).
- 4) 19.8 semanas de amenorrea fue el promedio obtenido.
- 5) 27 de las pacientes señalaron historia de sangrado anormal.

- 6) La altura uterina osciló dentro de límites apreciables. El promedio de la misma: 18 cmt. En 3 casos coincidieron altura y tiempo de amenorrea. En 16 de ellas fue mayor la altura que la edad teórica del embarazo de acuerdo al tiempo de amenorrea. En 11 se presentó el fenómeno inverso. En las restantes por deficiencias del documento clínico no se pudo realizar tal comparación.
- 7) Los valores hemáticos mostraron cifras extremadamente variables.
- 8) Se comprobó la ineficacia de la transaminasa oxalacética como medio diagnóstico.
- 9) Aproximadamente en el 50% de los casos se llevó a cabo control post-operatorio por pruebas biológicas. La negativización a corto plazo se presentó, entre la 1ª y la 4ª semanas. De los 24 casos controlados en 9 la positividad se mantuvo como máximo hasta la 7ª semana. Un caso mostró una prueba positiva, intermedia a 2 negativas.
El control a mediano y largo plazo comprendido entre 2 y 12 meses únicamente se practicó en 14 pacientes. Todas las pruebas a excepción de una fueron negativas, dicha excepción, correspondió al caso que degeneró en un coriocarcinoma.
- 10) En todos los casos se confirmó el diagnóstico mediante estudio histopatológico. En 5 se encontró degeneración quística del ovario.
- 11) Únicamente en 12 se obtuvo la fecha de nueva gestación.
- 12) Se notó alta incidencia de abandono del control en la consulta de ginecología. El tiempo promedio de las pacientes que se mantuvieron en vigilancia fue de 4.5 meses.
- 13) A 34 pacientes como terapéutica inicial se les practicó legrado. En 11 casos la conducta seguida fue de histerectomía. (En 6, como medida inicial y en 5 como complemento al legrado).
- 14) La degeneración maligna, se comprobó únicamente en un caso.

S U M M A R Y

Forty cases of hydatiform mole from the files of Instituto Carit are analysed. A comparison of our data with other foreign ones is done. We find one case for every 638 deliveries. The most affected group are the patients in their thirties. Most of them were multiparous. A comparison is made between date since last menstruation and uterine level. The most common symptom was intrauterine bleeding. Only one case showed malignant degeneration. Analysis is made of the therapeutic conduct, pos-op. control and mortality.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—ACOSTA-SISON, H.
Indications for immediate hysterectomy without curettage in cases of hydatiform mole. *Am. J. Obst. & Gynec.* 81:715, 1961.
- 2.—ACOSTA-SISON, H.
Optimum time for performing hysterectomy in cases of hydatiform mole. *Obst. & Gynec.* 23:851, 1964.
- 3.—ACOSTA-SISON, H.
Changing Attitudes in the management of hydatiform mole. *Am. J. Obst. & Gynec.* 88:634.
- 4.—BERTINI, B.
Diagnostic biologique de 63 cas de Grossesse Molaire et 10 cas de chorio-épithéliome. *Gyn. Obst. (Paris)* 62:139, 1963.
- 5.—BORROW, M.
Hydatiform mole in a 12 year old girl. *Am. J. Obst. & Gynec.* 73:448, 1957.
- 6.—CARTOUX, G.
Contribution a L'Etude et au Traitement de la mole hydatiforme. *Gynécologie et Obstétrique.* 54:639, 1955.
- 7.—CASTELAZO, L.
Mola Hidatiforme. *Ginec. Obstet. Mex.* 17:383, 1962.
- 8.—CECIL, A.
Hydatiform Mole Occurring in one Horn of Bicornuate Uterus. *Am. J. Obst. & Gynec.* 68:931, 1952.
- 9.—CORRES, J.
Lineamientos generales para el control clínico biológico en enfermos con mola hidatiforme. *Ginec. y Obstet. Mex.* 9:250, 1954.
- 10.—CHIEN-TIEN, H.
Repeat Hydatiform Moles. *Am. J. Obst. & Gynec.* 87:543, 1963.
- 11.—CHUN, D.
Clinical Observación On Some Aspects of Hydatiform Moles. *Obs. & Gyn. Survey.* 19:744, 1964.
- 12.—ENDRES, R.
Hydatiform Mole. *Am. J. Obst. & Gynec.* 81:711, 1961.
- 13.—GAETANE, J.
Hydatiform Mole in a 54 year old Patient. *Am. J. Obst. & Gynec.* 66:1331, 1953.
- 14.—KOHL, G.
Hydatid Mole and four and one half month fetus. *Am. J. Obst. & Gynec.* 79:1091, 1960.
- 15.—KUPERSTEIN, D.
Perforating Hydatiform Mole. *Am. J. Obst. & Gynec.* 68:1136, 1954.
- 16.—LEEDER, J.
Metastazing Hydatiform Mole. *Am. J. Obst. & Gynec.* 88:833, 1964.
- 17.—LOGAN, B.
Occurrence of a Hydatiform Mole in Twin Pregnancy. *Am. J. Obst. & Gynec.* 73:911, 1957.