

MOLA RECIDIVANTE

(Estudio clínico-estadístico) (°)

Dr. CARLOS BACHMANN SANCHEZ (*)

Dr. JESUS UNTIVEROS ZALDIVAR (**)

Se hace el estudio clínico estadístico de tres casos de Mola Recidivante ocurridos en el Hospital Maternidad de Lima, durante los años 1970-1971, sobre un total de 64,925 partos con niños vivos y 9,722 abortos incompletos, habiéndose presentado 134 casos de Mola Hidatidiforme, lo que da una incidencia de una Mola por cada 485 nacidos vivos, de una Mola por cada 73 abortos y de una Mola Recidivante por cada 45 Mola Hidatidiforme.

El cuadro clínico, la anatomía patológica, el diagnóstico y el tratamiento es el mismo que el de la Mola Singular.

La tendencia de presentar Mola Recidivante es once veces superior en una mujer que ha tenido una Mola previa.

El estudio de las enfermedades del trofoblasto, tema apasionante de la gineco-obstetricia, comprende una serie de capítulos, uno de ellos corresponde a Mola Recidivante. Sin embargo, al revisar la literatura no se logra encontrar publicación peruana o sudamericana sobre recidiva molar. Este hecho y la elevada incidencia de todo este grupo de enfermedades en nuestro medio, cuya importancia es

innecesario recalcar, motivó la realización de este estudio clínico-estadístico, proporcionando a la literatura no muy extensa, tres nuevos casos de mola recidivante, con los cuales el número de casos que han podido ser documentados e incluidos en el presente trabajo, alcanzan y definitivamente superan el número de 100 de la literatura mundial.

MATERIAL Y METODOS

Nuestro material humano está constituido por tres casos de mola recidivante obtenidos de las 134 historias clínicas de mujeres atendidas por mola hidatidiforme en el Hospital Maternidad de Lima, durante los años 1970 y 1971.

(°) Trabajo presentado en el VII Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología. Quito Ecuador, Julio 1973.

(*) Médico Jefe de Servicio del Hospital Maternidad de Lima. Profesor Asociado de Obstet. Ginec. de la Universidad Cayetano Heredia.

(**) Médico Asistente.

Breve descripción de los casos clínicos:

Caso Nº 1: P. C. H. de 22 años, casada, natural de Ayacucho, procede de Lima. Raza: mestiza.

G-2, P-O. Mola -. Fue hysterotomizada por mola en 1969.

Enfermedad actual: Amenorrea de 11 ½ semanas, ginecorragia discreta y vómitos intensos.

Ingresa al servicio con el diagnóstico de hiperemésis gravídica el 4 de abril de 1970.

Examen ginecológico: Utero compatible con 20 semanas de gestación, no se auscultan latidos fetales ni se palpan partes fetales.

A la amniocentesis, salen pequeños coágulos, al parecer una vesícula. Al examen radiográfico se aprecia una imagen fetal.

Diagnóstico: Mola Hidatidiforme.

Tratamiento: Dilatación y legrado uterino. Se extrae gran cantidad de restos vesiculares.

Sale de alta 10 días después y no concurre más a controles posteriores.

Diagnóstico final: **Mola Recidivante.**

Caso Nº 2: T. T. J. de 25 años, casada, natural de Apurímac. Procede de Lima. Raza: mestiza.

G-2. P-O Mola 1 (6 años antes).

Ingresa el 31 de julio de 1971 con el diagnóstico de ginecorragia manifiesta. Tiempo de amenorrea: 15 semanas.

Examen ginecológico: Genitales externos manchados en sangre. Utero com-

patible con 16 semanas de gestación. Impresión diagnóstica: Amenaza de Aborto.

Como continuara sangrando en forma alarmante, se procede a realizar el legrado uterino previa dilatación e inducción con suero glucosado al 5% más 20 unidades de Ocitocina.

Durante el legrado uterino se extraen abundantes restos endometriales con vesículas.

Diagnóstico: Mola Recidivante.

Diez días después sale de alta y asiste regularmente a su control.

Tres meses después presenta Test de Pregnosticón positivo, útero aumentado de volumen que aparenta nueve semanas de amenorrea, ginecorragia y dolor tipo cólico, internándose en el servicio con el diagnóstico de amenaza de aborto.

Dosaje de gonadotrofinas coriónicas urinarias: 100,000 a 200,00 UI/litro.

Se procede al legrado uterino con el diagnóstico de mola.

Se hace evacuación uterina y se extraen abundantes restos que se envían a patología.

Diagnóstico Anatomopatológico: Endometritis crónica post-aborto.

Diagnóstico final: **Mola Recidivante y aborto común.**

Caso Nº 3: A. F. P. de 30 años, conviviente, natural del Cusco y que procede de Lima. Raza mestiza.

G-4. P-2. Mola 1 (en 1969).

Ingresa al hospital el 17 de noviembre de 1971 con una amenorrea de

22 semanas, náuseas y vómitos alimenticios, ginecorragia.

Examen ginecológico: Utero corresponde a 20 semanas de gestación.

Orificios cerrados.

Impresión diagnóstica: Mola Hidatidiforme.

Radiografía de abdomen: Imagen densa, homogénea de 19 x 24 cm.

Dosaje de gonadotrofinas coriónicas urinarias: 300,000 UI/litro.

Indicación: legrado uterino. Se extraen abundantes vesículas molares.

Quince días después sale de alta en buenas condiciones. No asiste a su control post-aborto.

Diagnóstico final: **Mola Recidivante.**

Cuadro Clínico de la Mola Recidivante:

El cuadro clínico de la mola recidivante fue el mismo de la mola singular. Sin embargo, algunos encuentran mayor incidencia de toxemia, agresividad local y complicaciones malignas sobre todo en casos de dos molas como los nuestros.

Se ha hecho mención preponderante de embarazos anormales que intercurrentes con molas recidivantes especialmente abortos, no olvidando la posibilidad de aborto molar previo cuyo diagnóstico pudo haber pasado desapercibido (1).

Clínicamente se inicia como una gestación normal y es a partir del segundo mes que aparecen los síntomas y signos de gestosis, metrorragias indoloras y muchas veces la presencia de vesículas, signo excepcio-

nal pero patognomónico. Al examen clínico se observa mal estado general, anemia que no sólo es posthemorrágica sino también hemolítica y tóxica. Edema bastante común, hipotensión arterial, etc. Al examen obstétrico el útero es de mayor tamaño que el que corresponde por el tiempo de amenorrea. Este dato no es buen signo ya que pueden encontrarse úteros normales o más pequeños a no ser que se conjuguen otros datos como útero blando, asociación valiosa que conduce al diagnóstico (2).

No se palpan partes fetales ni se auscultan latidos fetales, excepto en caso de mola embrionada o embarazo gemelar con mola en un solo huevo (3).

Anatomía Patológica de la Mola Recidivante:

En realidad es la misma que la de la mola singular, o sea aumento del tamaño de las vellosidades por degeneración hidrópica. Pérdida parcial o total de sus estructuras vasculares e hipertrofia y anaplasia de trofoblasto de grado variable; aunque generalmente la proliferación comprende a las dos capas epiteliales del trofoblasto y el proceso proliferativo puede afectar principalmente al sincitio.

La mola hidatidiforme es considerada como una neoplasia benigna y el coriocarcinoma como su variedad maligna; el corioadenoma destrüens sería la forma intermedia. Las clasificaciones histológicas de malignidad incluyendo la simplificada de Herting Mansell (4) tendría poco o ningún valor y no sería conveniente asignar malignidad sin el respaldo de la clíni-

ca (4, 5). Se ha comunicado defectos de placentación en o siguiendo a embarazos molares recidivantes (6, 12).

Quistes luteínicos ováricos pueden desarrollarse en la mola recidivante (6). Nada ha destacado diferencia especial con la mola singular, traducen la influencia hormonal del trofoblasto anormal. No son índice de malignidad y habitualmente desaparecen después de la evacuación de la mola, aunque Gordon (2) afirma la presencia invariable de quistes.

Diagnóstico diferencial de la Mola Recidivante:

Es el mismo que el de la mola singular, sin embargo puede ser útil recordar que nuestro presente trabajo demuestra que la posibilidad de presentar una mola en el grupo de mujeres que ya tuvieron una previa es 11 veces superior a la de la población general.

Tratamiento:

Aunque parece haber una mayor tendencia de la mola recidivante para presentar complicaciones malignas, no habría necesidad de un tratamiento más radical según Morris (7). Sin embargo conociendo que los casos predilectos para estas complicaciones son los casos de dos molas casi exclusivamente, tal vez estos en el futuro merezcan alguna consideración especial.

COMENTARIO

La repetición de la mola hidatidiforme en embarazos sucesivos de una misma paciente se denomina mola

recidivante, mola recurrente, mola repetitiva, etc., y es una entidad considerada más bien rara (7, 8, 9, 10, 11). Sin embargo, como fácilmente se verá, son cada vez más numerosos los reportes de diferentes partes del mundo.

Es difícil precisar el número exacto de casos encontrados no obstante la publicación de casos reporte y revisiones de la literatura por diferentes autores. Así por ejemplo, en 1946, Chesley y col (12) en su ya clásico trabajo revisan la literatura y encuentran tan solo 40 casos, posteriormente en 1969, Kronfol (6) en buena revisión, incluyendo sus propios casos encontró que la cifra total se recidivas molares sobrepasaban ajustadamente los 80 casos. Hasta 1972, la cifra de casos revisada directa o indirectamente incluidas en el presente trabajo llegaban escasamente a 99. Con la inclusión de nuestros tres casos de mola recidivante alcanzamos finalmente los 102 casos. Cuadro N° 1.

En esta revisión, se hicieron los ajustes correspondientes en tres casos que no ofrecían seguridad de diagnóstico. (6, 11, 13).

En el lapso de dos años en el Hospital Maternidad de Lima, se han atendido 74,647 gestantes de las cuales, 64,925 tuvieron parto con niño vivo y 134 fueron casos de mola. Así, la incidencia de mola hidatidiforme de 1:557 embarazos (0.17%) ó 1:485 nacimientos con niño vivo (0.20%), lo que nos coloca en el grupo de más alta incidencia frente a cifras extranjeras y en la menor incidencia dentro de los autores nacionales. Cuadro N° 2.

En ese mismo lapso se atendieron 9,722 abortos, lo que nos da una relación mola/aborto de 1:73 (1.38%) que es igual o menor a lo encontrado en la literatura nacional (15, 16, 17). La incidencia de recidiva molar se computa más representativamente en relación a la mola en general. Así en 134 pacientes con mola, tres lo eran de mola recidivante, lo que hace una incidencia recidiva/mola correspondiente a 1 : 45 (2.2%). De aquí se desprende que hubo una posibilidad aproximadamente 11 veces superior de presentar mola en pacientes que ya habían tenido una previa en comparación con las que nunca habían presentado mola. Esta relación es 20 veces superior en Israel (18). El promedio de reportes es 1 : 62 (1.6%) Cuadro N° 1.

Para mola repetitiva no es posible todavía hacer ningún trabajo de correlación que demuestre variación de incidencia a través de los años, no obstante que los reportes continúan en incremento. Una correlación de este tipo sería interesante ya que para mola simple se viene observando tendencia a incrementar en incidencia en los últimos períodos de estudio tal vez por su mejor diagnóstico en el extranjero (18) y en el Perú (15).

Sin embargo, esto no se cumple al comparar cifras obtenidas anteriormente en la misma institución (19) con las del presente trabajo; observándose más bien una disminución ya que las cifras respectivas son: 1:383 (0.26%) y de 1:485 (0.20%) (mola/parto con niño vivo).

Al revisar la literatura vemos que el mayor número de casos de recidiva molar está constituido por dos molas, que incluyendo nuestros tres casos alcanzan la cifra de 62. En segundo lugar, en buen número los casos de recidiva de 3 molas con 19 casos. En tercer lugar con cifra bastante representativa, los casos de 4 molas con 9 casos. Luego con cifra menor los casos de 5 molas, con cinco casos; de seis molas con cuatro casos; de siete en un caso, citado por Mack y Catherwood (6) y finalmente el impresionante caso de 18 molas citado por Essen-Moller (6). Cuadro N° 1.

Nuestras tres pacientes están comprendidas en la tercera década de la vida, lo que está de acuerdo con la mayoría de los reportes de mola recidivante (6, 7, 8, 9, 11, 20) concordando así con la mola simple (4, 6, 16, 17, 18, 21).

El bajo índice socio-económico y nutricional de nuestra población corren parejas a una elevada incidencia de mola en general, al igual que en otros países y regiones del mundo: Asia, Africa del Oeste, México, etc. (3, 22, 23).

Nuestra serie al lado de otras de tan distintas partes del mundo son suficientes para afirmar la presencia de recidiva molar en todas las latitudes.

La repetición de la mola hidatiforme puede ser clasificada bajo dos grandes patrones: el del intercalamiento de embarazos molares con embarazos normales, y de la repetición de embarazos molares sin intercalamiento con embarazos normales (6).

CUADRO N° 1

REPETICION DE MOLAS HIDATIDIFORMES DE ACUERDO AL NUMERO DE RECURRENCIAS

Número de molas	Número de pacientes	AUTORES
2	62	Chesley - Abe - Hsu (5 casos) - van Deurs - Bloch - Puech (2 casos) van Winkel (2) - Williamson - Findley - Essen - Moller (2) - Muggia - Guiray - Pascale - Mathieu - Brew - Sureau - Holman - Heffreys - Harkin - Kohn - Rosenthal - Miyake (5 casos) - Posner - Wall y Hertig - Virchow - Coppleson - Holman y Schirmer - Acosta - Sisson (4) - Kronfol (Caso N° 2) - Matalon (11 casos) - Bachman - Untiveros (3 casos). . .
3	19	Steinberger - Haase - Depaul - Warman Buzzoni - Haas - Morosi - Thomas - Jeffrays y Graffagnino - Bazán - Bottiroli - Hsu - Morrison - Hertig y S. - Schelpert - Bonus - Holman y Schirmer - Tommasini - Kronfol (caso N° 4).
4	9	Osborn - Fritsh - Digonnet - Hammouda - Brandes - Hori - Bleir - Hoyel - Diammond.
5	5	Enders - Kronfol (caso Nos. 1 y 3) - Iakutiva - Brandes.
6	4	Husel - Le Maire - Endres - Heront.
7	1	Muggia.
8	2	Hsu (Caso N° 2) - Kronfol (Caso N° 5).
10	1	Mask y Catherwood.
18	1	Essen - Moller.

CUADRO N° 2

INCIDENCIA DE RECURRENCIA EN MOLA HIDATIDIFORME

Autores:	Recurrencia	Molas en las series
Mathieu	1	127
Holman	1	127
Brews	1	100
Jeffreys y Graffagnino	2	28
Chesley y col.	1	57
Miyake	5	222
Holman y Schirmer	1	172
Hertig y Sheldon	1	200
Kinh	0	64
Stroup	0	38
Coppleson	1	64
Schelpert	1	66
Acosta - Sisson	4	155
Castelazo y col.	1	40
Hasegawa	0	208
Kronfol	5	80
Matalon	11	534
Bachmann - Untiveros	3	134
Totales:		
Casos de Recurrencia/Mola:	1 : 62	{1.6 %}
Hospital Maternidad de Lima:		
Casos de Recurrencia/Mola:	1 : 45	{2.2 %}

El intercalamiento de molas entre embarazos normales es desusual, Chesley (12) hasta 1946 sólo pudo documentar 5 casos siguiendo este patrón. Sin embargo, cosa notable, Hsu (24) (Taiwan, 1962) encontró que 6 de 7 pacientes habían seguido esta tendencia, Kronfol (6) en 1969 revisa la literatura y documenta un total de 14 casos (6,12).

La ocurrencia consecutiva de mola hidatiforme parece ser el patrón predominante en la ocurrencia de molas. Muchos casos reportados siguen este patrón; entre otros: Hermont (6), Bonus (6), Endres (25), Hsu (24), etc. Hubieron casos intercalados con abortos o fetos muertos tempranamente

pero sin intercalar con embarazo normal.

El patrón de secuencia en nuestra serie ha sido:

Caso N° 1: Mola - Mola; Caso N° 2: Mola - Mola - Aborto; Caso N° 3: Parto - Mola - Mola.

Respecto a la paridad y momento de la presentación de la mola recidivante está en discusión. La mayoría de los autores encuentra predominio de nulíparas (7, 8, 11, 26) y otros señalan la de gran multiparidad (6, 22).

En nuestra serie, las dos primeras pacientes fueron nulíparas y la tercera múltipara.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— León Cornelio: Manual de Obstetricia. p. 526. Ed. Gumerindo Fernández. 1966.
- 2.— Vargas López E.: Diagnóstico y manejo terapéutico del embarazo molar. *Gin. Obst. Mex.* 21: 515. 1966.
- 3.— Teoh E. S.: Epidemiology of hydatidiform mole in Singapore. *Amer. J. Obstet. Gynec.* 110: 415. 1971.
- 4.— Castelazo Ayala: Mola hidatiforme. Estudio de 40 casos y presentación de un caso complicado por eclampsia y otro de mola repetida. *Ginec. Obst. Mex.* 17: 383. 1962.
- 5.— Novac Emil: Benign trophoblastic lesions in the matern chorionepithelion registry. *Amer. J. Obstet. Gynec.* 68: 376. 1954.
- 6.— Fronfol, N. M.: Recurrent hydatidiform mole. A report of 5 cases with review of the literature. *J. Med. Liban.* 22: 507. 1969.
- 7.— Morrison D. L.: Recurrente hydatidiform mole. A case report of 3 consecutive moles. *Obstet. Gyn. Brit Commonw* 71: 640. 1964.
- 8.— Brandes J.: Recurrent Hydatidiform mole. *Obs. Gyn.* 25: 398. 1965.
- 9.— Barriga N., Oscar: Enfermedad trofoblástica maligna. *Acta Cancer* 8: 79. 1969.
- 10.— Hammouda A. A.: Recurrent hydatidiform mole. *Aus. New Zeal. J. Obst. Gynec.* 3: 54. 1963.
- 11.— Houel J. E.: Grossesses molaires a repetition. *Bull. Fed. Gynec. Obst. Franc.* 14: 506. 1962.
- 12.— Chesley C. y Col.: Hydatidiform mole with special reference to recurrence and asociated eclampsia. *Am. J. Obstet. Gynce.* 52: 311. 1962.
- 13.— Acosta Sisson: Personal observation of hydatidiform mole. *Philipp J. Surg.* 19: 179. 1964.
- 14.— Mocado V. Alfredo: Embarazo molar en el Hospital Maternidad de Bellavista Callao. Tesis de Bachiller de Medicina. 1964. Lima. Perú.
- 15.— Del Castillo Pedro: Mola vesicular en el Hospital de Iquitos. *Rev. Viernes Médico.* 20: 152. 1969.
- 16.— Eguren Cáceres José: Revisión clínico de mola hidatiforme y coriocarcinoma. *Rev. Viernes Médico* 19: 171. 1968.

- 17.—Herrera Marini Octavio: Mola hidatidiforme. Tesis de Bachiller en Medicina. 1961. Lima-Perú.
- 18.—Matalon M. y Mojon B.: Epidemiology aspect of hydatidiform mole in Israel. Amer. J. Obstet-Gynec. 112: 107. 1972.
- 19.—Bachmann Carlos: Cuadro clínico de la mola hidatidiforme. Obstet. Gynec. Rev. Per. V. XVIII. N° 1-2-3. 217. 1972.
- 20.—Hreschchychyn M.: Treatment of malignant trophoblastic growth with special reference to amethopterin. Amer. J. Obstet. Gynec. 81: 688. 1961.
- 21.—Ludmir Abraham: Mola Hydatidiforme en el Hospital San Bartolomé. Obstet. Gynec. 12: 93. 1966.
- 22.—Hasegawa Toshio: Trophoblastic tumors as they in Japan. J. Japan Obstet. Gynec. 12: 186. 1966.
- 23.—Hsu C. T.: Repeat hydatidiform mole. Report of seven cases. Amer. J. Obstet. Gynec. 87: 543. 1963.
- 24.—Endres R. J.: Report of patient with five consecutive hydatidiform moles. Amer. J. Obstet. Gynec. 81: 711. 1961.
- 25.—Tommasini D. A.: Mola vesicolare ripetuta. Minerva Gyn. 19: 1074. 1967.