

MOLA HIDATIDIFORME EN EL HOSPITAL M.I. DE SAN BARTOLOME*

Drs.: ABRAHAM LUDMIR (1), RENE CERVANTES (2), G. BENAVIDES (3)

CON el afán de compulsar los métodos de trabajo, y a la luz de los conocimientos actuales, evaluar los resultados obtenidos, en relación al problema de la Mola Hidatiforme, es que revisamos las historias de todos los casos registrados en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital M. I. de San Bartolomé de Lima, Perú, desde el inicio de sus actividades en marzo de 1962, hasta marzo del presente año. La casuística analizada es reducida, sin embargo, representa nuestras observaciones, a través de dos años de labor.

Es sabido que la incidencia de la Mola Hidatiforme es marcadamente mayor en los países asiáticos que en los occidentales; así, Acosta Sison señala 1 caso en cada 173 embarazos para las Filipinas; King, 1 en 530 para la China y Ping-Yen Wey, 1 en 82 para Formosa (30).

En nuestro continente, con excepción de las estadísticas de los Estados Unidos y el Canadá en América del Norte, y la de Martiniano Fernández del Brasil en Sud América, los demás países presentan incidencias que se acercan a las de los países asiáticos. Nuestro país acusa algunas condiciones similares a los países que señalan estadísticas elevadas, especialmente en lo que se refiere a la condición socio-económica y nutritiva de la población hospitalaria de las instituciones estatales, por ello creímos necesario analizar nuestra reducida casuística, para establecer puntos de comparación.

Durante el período de observación señalado anteriormente, encontramos 13 casos de mola hidatiforme en 5,513 gestaciones, o sea 1 caso en cada 424 (0.23%); todos ellos fueron manejados de acuerdo a lo establecido en el libro de procedimientos de nuestro Departamento, directivas que presentamos en el Cuadro I.

(*) Trabajo presentado al 2º Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, Lima Stbre. 1964.

(1) Jefe del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital M. I. de San Bartolomé.

(2) Asistente del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital M. I. de San Bartolomé.

(3) Residente del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital M. I. de San Bartolomé.

CUADRO N° 1

HOSPITAL M. I. DE SAN BARTOLOME

DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

MOLA HIDATIDIFORME — PLAN DE MANEJO

- 1.—Evaluación cuidadosa de toda gestante con pérdida sangünea vaginal en los dos primeros trimestres y con uno o más de los siguientes signos o síntomas:
 - a) Desproporción en la altura uterina.
 - b) Utero blando.
 - c) Ausencia de latidos y partes fetales con útero de más de 4 meses.
 - d) Náusea y vómito persistente.
 - e) Signos de Toxemia gravídica.
- 2.—Con diagnóstico presuntivo de Mola H., descarte por:
 - a) Dosaje cuantitativo de gonadotropinas coriónicas (G.C.)
 - b) Radiografía simple de abdomen ante útero de más de cuatro meses.
- 3.—En casos dudosos a pesar de la G. C., repetirla, reevaluar en expectación armada.
- 4.—Hecho el diagnóstico, evacuación inmediata por:
 - a) Con útero por debajo del ombligo, goteo de Oxitocina más Curetaje.
 - b) Con útero por encima del ombligo, goteo de Oxitocina ante cuya falla, practicar Histerotomía.
- 5.—Control a los 15 días (Pélvica y G. C.), a los 30 días luego cada mes hasta completar un año.
- 6.—Control de la concepción.

Con el material humano y métodos de trabajo antedichos, el análisis de los resultados obtenidos ha sido el siguiente:

RESULTADOS Y DISCUSION

En cuanto a la incidencia, ya hemos anotado que encontramos un caso en 424 gestaciones, o sea el 0.23%. El Cuadro II, que muestra la frecuencia de la mola hidatiforme en diferentes países de Asia, Europa y América, es por sí demostrativo, pudienda advertirse la similitud de cifras para los dos hospitales nacionales consignados.

CUADRO II

FRECUENCIA DE MOLA HIDATIDIFORME EN RELACION A EMBARAZO (1)

HOSPITAL M. I. DE SAN BARTOLOME

DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Autor	País	Incidencia	%
Novak	U. S. A.	1 : 2.500	0.04
Hertig y Sheldon	U. S. A.	1 : 2.062	0.05
Mueller y Lapp	U. S. A.	1 : 1.349	0.07
de Snao	Holanda	1 : 1.200	0.08
Fernández	Brasil	1 : 1.071	0.09
Cabrera	Chile	1 : 829	0.12
Aramburú	Guatemala	1 : 670	0.14
King	China	1 : 530	0.13
Brinden y col.	Francia	1 : 500	0.2
Karzavina	Rusia	1 : 333	0.3
Hasegawa	Japón	1 : 232	0.43
Acosta Sison	Filipinas	1 : 173	0.59
Fernández Doblado	Méjico	1 : 400	0.25
Márquez - Monter	Méjico	1 : 200	0.5
Ping Yen Wei	Farmosa	1 : 82	1.21
H. Maternidad Lima	Perú (1961)	1 : 476	0.21
H. San Bartolomé. Lima	Perú (1964)	1 : 424	0.23

(1) Cuadro modificada del original de Márquez-Monter (20).

CUADRO III

FRECUENCIA DE MOLA HIDATIDIFORME EN RELACION A LA EDAD

HOSPITAL M. I. DE SAN BARTOLOME

DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Edad	Nº de pacientes	%
16 a 20	3	23.0
21 a 25	4	20.7
26 a 30	2	15.3
31 a 35	3	23.0
36 a 40	0	0.0
Más de 40	1	7.6

Raza: Mestiza
Estado socio-económico: Bajo.

Analizando la edad en el Cuadro III, vemos que el 69.23% tenían edades entre los 16 y 30 años. Straup (24) del Hospital de Pennsylvania, en 38 casos de mola hidatiforme, encuentra que el 63% tenían edades entre 20 y 30 años. Márquez-Monter (20), en el Hospital General de la ciudad de México, encuentra que la mayor incidencia de mola hidatiforme se presentó en mujeres jóvenes, con edad promedio de 26 años, en su serie de 104 casos. Eastman, en cambio, refiere que la frecuencia es 10 veces mayor en grávidas de más de 45 años (11).

A pesar de que el problema de la mayor frecuencia de esta complicación en algunas regiones del globo no está resuelto todavía (11), en el Cuadro III, donde analizamos la edad, hemos consignado la raza y el estado socio-económico; todas nuestras pacientes fueron mestizas pertenecientes a la clase socio-económica menos favorecida; si bien en cuanto a la raza no puede concluirse nada positivo, el bajo estado nutricional que acompaña generalmente a las clases menos favorecidas es un factor a tenerse en cuenta, según Acosta-Sison (3).

CUADRO IV

FRECUENCIA DE MOLA HIDATIDIFORME EN RELACION A LA GRAVIDEZ

HOSPITAL M. I. DE SAN BARTOLOME
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Gravidez	Nº de pacientes	%
I	4	30.7
II	1	7.6
III	1	7.6
IV	1	7.6
V	2	15.3
VI o más	4	30.7

En relación a la gravidez, el Cuadro IV muestra que el 61.53% habían tenido 3 o más gestaciones; si bien esto está de acuerdo con la mayoría de autores (11, 24, 30), el 30% encontrado por nosotros como correspondiendo a primigrávidas, resulta fuera de lo común.

En relación a los antecedentes personales de las pacientes estudiadas, el más frecuente fue la presencia de aborto y parto prematuro, que por lo demás tienen mayor probabilidad de encontrarse como antecedentes en multi-grávidas. No encontramos antecedentes de tuberculosis pulmonar en ninguno de los casos, a diferencia de lo insinuado recientemente por Acosta-Sison en relación a la mola hidatiforme (3).

CUADRO V

MOLA HIDATIDIFORME

EDAD CRONOLOGICA DE LA GESTACION EN EL MOMENTO DE LA ADMISION

Edad en meses	Nº de pacientes	%
1	1	7.6
2	2	15.3
3	3	23.0
4	5	38.4
5	2	15.3

Analizando la edad cronológica de la gestación en el momento del ingreso al Hospital, el Cuadro V muestra que más de la mitad de los casos se presentaron entre el 3ro. y 4to. mes; bien es cierto que la mayoría de nuestras pacientes refirieron el inicio de la sintomatología desde 15 días a un mes antes de su concurrencia al hospital. En sólo 8 de los casos, la altura uterina estaba en desproporción al tiempo de amenorrea en el momento del ingreso.

CUADRO VI

SINTOMAS Y SIGNOS

MOLA HIDATIDIFORME

SINTOMAS Y SIGNOS

Síntoma-Signo	Nº de pacientes	%
Pérdida sanguínea	13	100
Nóuseo y vómito	6	46.1
Dolor abdominal	3	23.0
Altura uterina menor	1	7.6
Altura uterina en proporción (1)	4	30.7
Altura uterina mayor (1)	8	61.5
Expulsión de tejido (2)	1	7.6
Expulsión de vesículas (2)	3	23.0
Utero blando	6	46.1
Ausencia de latidos y partes fetales (3)	7	53.8
Síndrome toxémico	3	23.0
Anemia	8	61.0

(1) En relación a la cronología.

(2) Antes o después de la admisión.

(3) En pacientes con altura uterina de más de 4 meses.

Estudiando las signos y síntomas observados en nuestras pacientes, el Cuadro VI muestra que el 100 % presentaron pérdida sanguínea, más del 45 % náusea y vómito significativo, y sólo 25 % dolor abdominal.

El 61.5 % de pacientes presentaron una altura uterina mayor al tiempo de amenorrea, este hallazgo está de acuerdo con lo encontrado por Straup en Pennsylvania (24), y Ping-Yen Wei en Formosa (30).

Los latidos y portes fetales estuvieron ausentes en los 7 casos compatibles con su búsqueda. Taxemia gravídica fue diagnosticada en 23 % de los casos; esta cifra es similar a la de Wei y un poco más baja que la de Márquez-Monter para el Hospital General de la ciudad de México.

CUADRO VII

MOLA HIDATIDIFORME

CRITERIO SEGUIDO PARA EL DIAGNOSTICO

a) Por signos y síntomas + G. C. (*)	7 casos	53.8 %
b) Expulsión de tejido molar	3 "	23.0 %
c) Por G. C. principalmente	1 caso	7.6 %
d) Por examen anátomo-patológico exclusivamente	2 casos	15.3 %
e) Diagnosticados en segundo ingreso	3 "	23.0 %
PORCENTAJE DE CERTEZA DIAGNOSTICA EN EL PRIMER INGRESO		
	9 casos	69.2 %

En cuanto al criterio seguido para el diagnóstico, en el Cuadro VII vemos que sólo en 1 caso, el criterio fundamental fue el dosaje cuantitativo de gonadotrofinas coriónicas, ante la duda en relación con los hallazgos clínicos. Sabemos de la controversia en relación al valor de esta prueba, especialmente antes del tercer mes (9, 11), sin embargo, creemos que debe realizarse como una ayuda diagnóstica más.

Das de los 3 casos no diagnosticadas en el primer ingreso fueron los que forman el grupo, en los cuales el diagnóstico se hizo al examen histopatológico, el otro caso fue admitido en segunda instancia por expulsión de tejido molar; si agregamos a estas dos casos los dos restantes del grupo con expulsión de tejido molar, vemos que sólo quedan 9 casos en los cuales se hizo el diagnóstico correctamente en el primer ingreso, a sea 69.2 %.

Ping-Yen Wei señala la incidencia de mola hidatiforme más alta en la literatura revisada por nosotros; da un porcentaje de certeza diagnóstica de 82 % a la primera admisión, pero sólo del 65 %, cuando se excluyeran los casos con expulsión de tejido molar antes de la admisión.

CUADRO VIII

MOLA HIDATIDIFORME
METODOS DE EVACUACION

Método	Nº casos	%
Curetaje por Dx. de Aborto Incompleto	2	15.3
Oxitocina + Evacuación espontánea parcial + Curetaje	5	38.4
Oxitocina (fallida) + Histerotomía	4	30.7
Histerotomía	2	15.3
HALLAZGOS OVARICOS		
Quistes luteínicos bilaterales	2	15.3
Quistes luteínicos unilaterales	2	15.3
No consignados	9	69.2
HALLAZGOS ANATOMOPATOLOGICOS		
Restos placentarios con degeneración hidatidiforme	1	7.6
Mola Hidatidiforme benigna (H. y S.: I)	11	84.6
No consignado (con Dx. macroscópico)	1	7.6
Complicaciones puerperales		
Endometritis	3	23.0
Hemorragia tardía	1	7.6

El Cuadro VIII muestra los métodos de evacuación de la mola. Como puede apreciarse, en el 46% la evacuación se hizo por histerotomía, ya sea primaria, por decirlo así, debido a las características desfavorables del cuello para la inducción, o ya sea por falla del goteo de Oxitocina. En el mismo cuadro puede apreciarse la presencia de quistes luteínicos en 4 de los casos, o sea en el 30.7%, lo que está de acuerdo con la incidencia del 25 á 60% que se refiere en la literatura (11). Los 4 casos de hallazgo de quistes luteínicos correspondieron a pacientes histerotomizadas..

En cuanto a los hallazgos anátomo-patológicos, si excluimos al caso no consignado pero con diagnóstico macroscópico, más del 90% fueron molas benignas, el 84.6% de ellas habiendo sido leídas como pertenecientes al Grado I de la clasificación de Hertig y Sheldon (14, 21).

En relación a las complicaciones observadas, en el mismo Cuadro VIII podemos apreciar que el 23.0% presentaron endometritis puerperal, una de ellas a E. Coli y las otras dos diagnosticadas clínicamente. Sólo uno de los casos se presentó con hemorragia vaginal al mes del alta hospitalaria; el examen anátomo-patológico del tejido obtenido al curetaje mostró restos com-

patibles con aborto molar; el control de este caso, así como de 8 pacientes más que forman en total los 9 casos que fueron seguidos en forma un tanto irregular por examen pélvico y dosaje de G. C., reveló ausencia de datos compatibles con corioodenoma Destruens o coriocarcinoma.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

- 1.— Se estudiaron 13 casos de Mola Hidatiforme, observados en el Hospital M. I. de San Bartolomé entre marzo de 1962 y marzo de 1964, sobre un total de 5,513 gestaciones.
- 2.— La incidencia encontrada fue de 1 caso en 424, o sea el 0.23%.
- 3.— El 69.23% de los casos señalaron edades entre 16 y 30 años.
- 4.— El 61.53% habían tenido 3 o más gestaciones, pero se encontró un 30% de primigrávidas.
- 5.— El 61.5% de las pacientes se presentaron al Hospital con gestaciones cronológicamente de 3 a 4 meses.
- 6.— En el 100% de los casos se encontró pérdida sanguínea vaginal; náusea y vómito, así como útero blando en el 46.1%. La altura uterina fue mayor que la cronología en el 61.5% de los casos. Presentaron síndrome toxémico sólo el 23%.
- 7.— El porcentaje de certeza diagnóstica en el primer ingreso fue del 69.2%, para alcanzarlo se excluyeron los casos con expulsión de tejido molar antes de la admisión.
- 8.— En el 53.7% la evacuación de la mola se hizo por curetaje con Oxytocina previa o sin ella; en las restantes se practicó la histerotomía, en 4 casos, después del uso fallido de Oxytocina.
- 9.— Se encontró que 30.7% de los casos presentaban quistes luteínicos. Estos casos fueron encontrados en las pacientes histerotomizadas.
- 10.— Con excepción de un caso no confirmado histopatológicamente, los demás fueron catalogados como molas benignas.
- 11.— El 23% presentaron complicación puerperal febril del tipo de la endometritis, y sólo hubo un caso de hemorragia tardía.
- 12.— En las nueve pacientes que regresaron a control, no se evidenció signos de transformación maligna.
- 13.— No hubo muertes maternas.

S U M M A R Y

A 0.23 incidence of benign Hydatiform Mole, comparable with similar groups of patients is found at the Hospital Materno Infantil de San Bartolomé in Lima. Most of the 13 cases reported occurred in young to middle-age women, parous three or more, although 30% were first pregnancies.

The most common symptoms were vaginal bleeding (100%), vomiting, softness (46.1%) and excessive growth of the uterus (61.5%). Toxic symptoms were present in only 23% of the women.

Evacuation was accomplished by oxytocin followed by curettage in 53.7% of the cases. In the remaining ones hysterotomy was necessary and a 30.7% incidence of lutein cysts was detected. A low incidence of complications, absence of malign transformation and of maternal death are reported.

B I B L I O G R A F I A

- 1.—ACOSTA SISON, H.: The relationship of Hydatidiform Mole to Preeclampsia and eclampsia. A study of 85 cases. *Am. J. Obst. & Gynec.* 71 : 1279, 1956.
- 2.—ACOSTA SISON, H.: Fatal complications of Hydatidiform Mole before evacuation of the uterus. *Am. J. Obst. & Gynec.* 84 : 1425, 1962.
- 3.—ACOSTA SISON, H.: Changing attitudes in the management of Hydatidiform Mole. *Am. J. Obst. & Gynec.* 88 : 634, 1963.
- 4.—BAZUL, V. M.: Tratamiento de la Mola Vesicular por la Pituitrina y el Curetaje. *Ginecología y Obstetricia.* 2 : 20, 1956.
- 5.—BERGMAN, P.: Bilateral multiple lutein cysts of the ovary complicating pregnancy. *Am. J. Obst. & Gynec.* 21 : 28, 1963.
- 6.—BRET, A. J., LEGROS, R., CORFFARD, P., BRODI, L.: Hydatidiform Mole and choriocarcinoma. *Rev. Franc. Gynec et Obst.* 57 : 311, 1962.
- 7.—CABANISS, CH. M., CLARK, J. F. J.: Hydatid Mole. Case report methan asspcoated fetus. *Am. J. Obst. & Gynec.* 88 : 832, 1964.
- 8.—CRUZ, J. Z. S.: The pathological diagnosis of choriocarcinoma from endometrial scraping. *J. Philipp. Med. Ass.* 35 : 805, 1959.
- 9.—DJOGOPRANATO, M., LIE, SROK LAU; OEI, HENG HOEY-KO: Biologic pregnancy test in diagnosis and therapy of Hydatidiform Mole and Chociocarcinoma. *Am. J. Obst. & Gynec.* 85 : 850, 1963.
- 10.—DOUGLAS, G. W.: Malignant change in trophoblastic tumors. *Am. J. Obst. & Gynec.* 84 : 884, 1962.
- 11.—EASTMAN, N. J., HELLMAN, L. M.: *Williams-Obstetric.* 12 th. Edition. Appleton-Century-Crofts. Inc. New York, 1961.
- 12.—HERNANDEZ, I.: Mola microscópica en abortos. Tesis de Bachiller. F. M. Perú. 1961.
- 13.—HERRERA MARINI, O.: Estudio clínico estadístico en la Maternidad de Lima. Tesis de Bachiller. F. M. Lima, Perú. 1961.
- 14.—HERTIG, A. T., SHELDON, W. H.: Hydatiform Mole: a pathological-clinical correlation of 200 cases. *Am. J. Obst. & Gynec.* 53 : 1, 1957.
- 15.—HSU CHUN-TIEN, HUANG LEOU-CHEN, CHEN TING- YAO: Metastases in benign Hydatidiform Mole and Choriocarcinoma destruens. *Am. J. Obst. & Gynec.* 84 : 1412, 1962.
- 16.—HSU, CHIEN-TIEN; LAI, CHUNG-HSUAN; CHANGCHIEH, CHE-LANG; CHANGCHIEH, BEN-CHUAN: Repeat Hydatidiform Moles. *Am. J. Obst. & Gynec.* 87 : 543, 1963.
- 17.—KLEIN J.: Delayed appearance and rupture of lutein cysts and Hydatidiform Mole. *Obst. & Gynec.* 21 : 30. 1963.

- 18.—LEEDER, J. R.: Metastaseznig Hydatidiform Mole. *Am. J. Obst. & Gynec.* 88 : 833, 1964.
- 19.—LIPP, R. G.; KINDSCHI, J. D.; SCHMITZ, R.: Death from pulmonary embolism associated with Hydatidiform Mole. *Am. J. Obst. & Gynec.* 83 : 1644, 1962.
- 20.—MARQUEZ-MONTER, H.; ALFARO DE LA VEGA, G.; ROBLES, M.; BALIO-CICERO, A.: Epidemiology and pathology of Hydatidiform Mole in the General Hospital of Mexico. *Am. J. Obst. & Gynec.* 85 : 856, 1963.
- 21.—MUÑOZ BAUTISTA, C.: Mola Hidatidiforme y Quiste Luteínico Tesis Bachiller. F. de M. Lima, Perú.
- 22.—PISCOYA, P.: Estudio del Embarazo Molar en la Maternidad de Ica. Tesis de Bachiller. F. de M. Lima, Perú, 1955.
- 23.—SEGUY, J. HERNE, R.: Post Molar secuelas. *Eull. Fed. Gynec. Obstet. Franc.* 11 : 334, 1959.
- 24.—STROUP, P. E.: A study of thirty-eight cases of Hydatidiform Mole at the Pennsylvania Hospital. *Am. J. Obst. & Gynec.* 72 : 294, 1962.
- 25.—THIELE, R. A.; DE ALVAREZ, R. R.: Metastaseznig benign throphoblastic rumors. *Am. J. Obst. & Gynec.* 84 : 1395, 1962.
- 26.—TABIN, S. M.: A further aid in the diagnosis of Hydatidiform Mole, the serum glutamic oxalctic transaminase. *Am. J. Obst. & Gynec.* 87 : 213, 1963.
- 27.—TOAFF, R.; AYALON D.: Treatment of missed abortion and Hydatidiform Mole by high concentration oxytocin infusion. *Obst. & Gynec.* 19 : 81, 1962.
- 28.—TRATTER, R. F.; TIECHE, H. L.: Maternal death due to pulmonary embolism of trophoblastic cells. *Am. J. Obst. & Gynec.* 71 : 1114, 1956.
- 30.—WEI, PING-YEN, AUYANG PEI-CHUAN.: Trophoblastic disease in Taiwan. *Am. J. Obst. & Gynec.* 85 : 844, 1963.