

## ASPECTOS CLINICOS DE LA MOLA HIDATIDIFORME

DR. CARLOS BACHMANN SANCHEZ. (\*)

Nos ocuparemos de los aspectos clínicos de la enfermedad del trofoblasto, específicamente de la mola hidatidiforme, porque se ha visto que dentro de la enfermedad del trofoblasto la mola es mucho más común que el coriocarcinoma. Nos basamos en los estudios efectuados por Wynn (1) en que hace comparaciones entre la ultraestructura de la mola hidatidiforme con la placenta normal y con la enfermedad maligna del trofoblasto.

Nuestra experiencia está basada en los tres años durante los que estudiamos esta complicación de la gestación y que comprendió 235 casos de mola sobre un total de 90,052 mujeres tratadas e internadas en el Hospital de Maternidad de Lima, lo que nos dio una incidencia de 0.25%, o sea una mola por cada 383 partos.

En nuestro medio, Ludmir en San Bartolomé señala una mola por cada 424 partos y, en Arequipa, Eguren (2) señala una por cada 200 gestaciones.

Esta incidencia de mola es muy alta en otros países; como Taiwan, Corea, China, Filipinas, Indonesia, etc. (3-4). Ejemplo es el Hospital General de Indonesia (4) que dio una incidencia de 1.2% o sea una mola por cada 85 partos. En cambio en otra zona de la misma región, como el Roman Catholic Hospital (4), se da una incidencia muy semejante a la obtenida por nosotros, o sea una mola por cada 373 partos. Se piensa que esta complicación del embarazo es muy frecuente en la clase social baja, las gentes económicamente pobre, y pobres también en proteínas, vitaminas e higiene; en cambio en la raza blanca y en las regiones económicamente activas como la europea, la incidencia es mucho menor: una mola por cada 2,000 gestaciones. (2).

En los Estados Unidos de Norteamérica se

ha señalado una mola por cada 1,500 partos (5) y recientemente en el Hospital General de Los Angeles se dio una incidencia de una mola por cada 1,115 alumbramientos (6).

Si relacionamos las molas con el número de abortos producidos, vemos que la incidencia es mucho mayor. En nuestra casuística se produjeron 14,530 abortos incompletos, lo que dio una incidencia de 1.6%. Este porcentaje está de acuerdo con los trabajos de Hernández (7), quien encontró en un estudio efectuado en 2,000 abortos ocurridos en la Maternidad de Lima, 22 casos de molas microscópicas y 33 casos de molas típicas, con una incidencia de 1.1 y 1.6% respectivamente.

En lo que respecta a la edad, la mola puede presentarse a cualquier edad una vez que la mujer empieza a procrear. En nuestro estudio, la mayor incidencia correspondió a la tercera década de vida (62.5%) y un menor porcentaje a la segunda (16%), corriendo pareja con la obtenida por Márquez (8) en México. En cambio, en Europa y en Norteamérica parece ser más frecuente en la cuarta y quinta décadas (9), a diferencia de los asiáticos en que es más común en la segunda y tercera décadas.

En lo que concierne a la paridad, la mola puede presentarse tanto en multíparas como en primerizas. Sin embargo, los autores están de acuerdo de que es mucho más frecuente en las multíparas; hemos encontrado el 88.75% en multíparas, mientras parece ser que en el Asia es más frecuente entre las primigestas y segundigestas (4).

En cuanto a la raza, toda la población que atendemos en nuestro hospital está constituida por la raza mestiza; por lo tanto no puede hacerse comparaciones con otras

\* Médico Jefe de Servicio del Hospital Maternidad de Lima.

razas, como ocurre por ejemplo en los Estados Unidos, que en un inicio sólo comparaban blancos y negros; hoy día, por la gran inmigración de latinoamericanos, pueden hacer comparación con otra raza, la mestiza.

Los autores están de acuerdo de que la mola se aborta espontáneamente en el primer trimestre del embarazo.

**SINTOMATOLOGIA.** La triada característica de la mola hidatidiforme está dada por la hemorragia indolora, mayor tamaño del útero que lo normal y toxemia aguda. La hemorragia, con la característica señalada, estuvo presente en el 100% de nuestros casos lo que agravó más aún el estado de anemia en estas mujeres que de por sí llegan al embarazo en un estado de anemia crónica. Westerhout (6), en su serie, encontró 42% de anemia. El tamaño del útero fue en el 77.5% mayor que al que le correspondió por el tiempo de amenorrea y en el 18% el tamaño del útero guardó relación con el tiempo de gestación. Westerhout (6) encontró que el útero fue mayor solo en el 34%, igual al tiempo de gestación en el 33% y más pequeño en el 20%.

Como se apreciará muchas veces, el tamaño del útero no guarda la relación descrita como típica, ya que puede tratarse de molas parciales o atróficas, en donde el útero puede corresponder a la gestación o ser más pequeño. Goldstein (5) encontró el útero más grande sólo en el 50%. La toxemia aguda, caracterizada por la intensidad de las náuseas y vómitos, ha sido severo en el 84%, moderado en el 10% y leve en el 6%.

Además, hemos de señalar edemas en miembros inferiores en el 45%, cefaleas en el 75%, mareos en el 70%, palpitaciones en el 75%, etc.

Lo que más nos llamó la atención fue la gran pérdida de peso. El 70% de las mu-

jes tuvieron pérdidas que fluctuaron entre 10 y 20 kilos.

**MORBILIDAD Y MORTALIDAD.**— En nuestra serie hemos tenido 10% de morbilidad. Señalaremos la más corriente de ellas: la hemorragia, la cual puede ser abundante una vez que el aborto se produce, pudiendo llevar a la mujer a un estado de shock, anemia aguda y muerte si es que no se resuelve prontamente esta situación mediante transfusiones de sangre total y el vaciamiento del útero.

Tuvimos dos casos de shock hemorrágico. Otra de las complicaciones frecuentes la constituyen los quistes luteínicos gigantes que muchas veces por su gran volumen pueden originar molestias de tipo mecánico y ser motivo de intervención quirúrgica para su extirpación.

Tuvimos tres casos de quistes luteínicos gigantes que evolucionaron espontáneamente, como sucede casi siempre.

Se ha señalado como complicación la mola recidivante, que aunque se piense que la mola repetida en un mismo individuo es rara, Chien Tien Hsu (12) reportó siete casos de molas a repetición. En nuestros casos hemos tenido tres molas recidivantes. Otra de las complicaciones lo constituyen las metástasis. Chien Tien Hsu (12) señala 6,1%. No hemos tenido casos con metástasis.

Señalaremos tres casos de endometritis postaborto que mejoraron con antibióticos y ocitócicos; un caso grave de toxemia y un caso de pleuresía que complicaron el cuadro de mola, aumentando así la morbilidad materna.

Nuestra mortalidad ha sido de 1.25%. Se trató de una mujer que murió súbitamente en el servicio y cuyo diagnóstico final post-autopsia fue de embolismo cerebral. Esta incidencia es baja si la comparamos con la de otros autores que dan cifras que fluctúan del 2 al 10% de mortalidad.

**Diagnóstico.**— Dice Hazel Gore (10) que

el problema más difícil y frecuente considerando aisladamente sólo el útero, es el diagnóstico de la enfermedad del trofoblasto, particularmente el embarazo molar, dado que el útero de la paciente no es obligadamente más voluminoso que lo normal para una fecha dada de embarazo.

Además de los otros signos clínicos, la excreción bastante aumentada de gonadotropinas coriónicas ayuda al diagnóstico.

Otro método de diagnóstico es la inyección de una sustancia radio-opaca aplicada por vía transperitoneal a la cavidad uterina. La sustancia opaca utilizada ha sido el Hypaque 50 ml. y la toma radiográfica se efectuó a los cinco minutos (11). El aspecto de panal de abeja es compatible con el diagnóstico de mola intrauterina. En nuestra casuística, el diagnóstico clínico de mola sólo se efectuó en el 62%; el resto (38%), ingresó con diagnósticos distintos, siendo el más frecuente el de amenaza de aborto, haciéndose el diagnóstico correcto cuando la mola se abortaba.

## RESUMEN

Se estudió los aspectos clínicos de 235 molas hidatidiformes ocurridas en 90,052 mujeres internadas en el Hospital de Maternidad de Lima en el lapso de 3 años. La incidencia fue de 0.25%, la edad promedio de 21 a 30 años; en su mayoría fueron multíparas.

Se encontró hemorragia presente en el 100%; el tamaño del útero fue mayor que lo normal en el 77.5%, y gran manifestación de gestosis en el 94%.

La morbilidad encontrada fue del 10% y una mortalidad del 1.25%.

A pesar del cuadro clínico, sólo pudo ser diagnosticada en el 62%.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.—Wynn Ralph M. and Jack Davies. *Amer. J. Obs. Gyn.* Vol. 90. N° 3: 293. 1964.
- 2.—Eguren José y Col. *Rev. Viernes Méd.* Vol. XIX. N° 2 171-186. 1968.
- 3.—Han Tjwan Poen. *Amer J. Obs. Gyn.* Vol. 92. N° 4. 510. 1965.
- 4.—Chien Tien Hsu y Col. *Amer. J. Obs. Gyn.* Vol. 90 N° 3: 308. 1964.
- 5.—Goldstein Donald P. y Duncan E. Reid. *Clin. Obs. Gyn. de Norteamérica.* 1967. Jun. Ed. Interamericana.
- 6.—Westerhout Fritz: Elton S. Morel y W. Slate. *Amer J. Obs. Gyn.* Vol. 103. N° 1: 56. 1969.
- 7.—Hernández Saavedra Ivan. Tesis de Bachiller en Medicina. 1961. Lima. Perú.
- 8.—Márquez Monter H. *Amer. J. Obs. Gyn.* Vol. 85: 856. 1963.
- 9.—Eastman and Hellman Williams *Obsterics.* 13 Th. Ed. 1966.
- 10.—Hazel Gore y Arthur Hertig.— *Clin. Obst. Gyn. de Norteamérica.* 1976. Ed. Interamericana.
- 11.—Hernández Torres A. y A. Pelegrina.— *Amer. J. Obs. Gyn.* Vol. 94. N° 7: 936. 1966.
- 12.—Chien Tien Hsu y Col. *Amer. J. Obs. Gyn.* Vol. 87. N° 4: 543. 1963.
- 13.—Botella Llusia. *Patología Obstétrica.* 1964.