

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES



MOLA INVASORA EN EL HOSPITAL DE
GINECO-OBSTETRICIA No. 3 DEL
CENTRO MEDICO LA RAZA

Una firma manuscrita en tinta, que parece ser "M. Claro Caballero", escrita sobre una línea curva.

T E S I S

Que Para Obtener el Título de
Especialidad en Ginecología y Obstetricia
P R E S E N T A E L D R.

MARCOS CLARO CABALLERO

1 9 7 8



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA # 3
CENTRO MEDICO LA RAZA

DIRECTOR DE LA TESIS:

DR. JESUS SANCHEZ CONTRERAS.

México, D.F.
1978

A MI ESPOSA E HIJO
CON INMENSO AMOR.

A MIS PADRES Y HERMANOS
CON CARINO Y AGRADECIMIENTO

AL DR JESUS SANCHEZ CONTRERAS
MAESTRO Y AMIGO CON ADMIRACION
Y RESPETO.

C O N T E N I D O

INTRODUCCION.....

MATERIAL Y METODOS.....

RESULTADOS.....

DISCUSION Y COMENTARIO.....

RESUMEN Y CONCLUSIONES.....

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....

MOLA INVASORA EN EL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA # 3
DEL CENTRO MEDICO LA RAZA.

La mola invasora es una enfermedad del trofoblasto caracterizada por la penetración anormal de las vellosidades coriales en el miometrio. La vitalidad y por consiguiente la proliferación anormal del trofoblasto y la vesiculación resultante de la licuefacción del estroma veloso son tan pronunciadas que pueden localizarse en diferentes sitios de la cavidad abdominal.

Esta patología ha recibido varias nominaciones; mola maligna, mola penetrante, mola destructiva, corioadenoma destruens, adenoma de placenta y coriocarcinoma veloso.

En la revisión de la bibliografía mundial hay numerosas publicaciones sobre mola hidatiforme y coriocarcinoma y en relación a la mola invasora las publicaciones consultadas fueron la de N Ringertz quien en un período 1952-1965 en Suecia reporta 12 molas invasoras, Toshio Hasegawa de Japón de 1960-1962 reporta 36 casos de mola invasora. A nivel nacional no encontramos publicaciones al respecto.

El motivo de la presente comunicación es el de informar sobre una de las transformaciones malignas mas frecuentes del trofoblasto en el que el diagnóstico requiere siempre del estudio anatomopatológico de la pieza operatoria; con la fortuna además, de que el pronóstico es bueno siempre que se realiza la extirpación total del órgano afectado.

MATERIAL Y METODOS: En el Hospital de Gineco Obstetricia # 3 del Centro Médico La Raza, se analizaron los casos de enfermedad trofoblástica que se detectaron de junio de 1964 a diciembre de 1975, estudiando los protocolos quirúrgicos del material enviado a patología y revisando de los expedientes clínicos los siguientes datos: edad, paridad, evolución, características clínicas de la enfermedad trofoblástica, análisis de laboratorio y conducta terapéutica. Incluimos en esta casuística los ingresos obstétricos y los abortos, pues consideramos que la frecuencia seguramente se hubiera incrementado si se hubiera realizado el estudio anatomopatológico en todas las pacientes que presentaron aborto en sus diferentes variedades clínicas, como no fue posible el estudio histológico de todas ellas, creemos que la frecuencia de la enfermedad trofoblástica estará sujeta

a márgenes de error dependientes de esta anomalía. No se incluyeron los ingresos ginecológicos.

RESULTADOS: De 192,379 ingresos que asistieron al Hospital encontramos 609 casos de mola hidatiforme, 3 casos de coriocarcinoma y 6 casos de mola invasora. (cuadro # 1).

NO. DE PARTOS Y ENF. DEL TROFOBlasto ATENDIDOS
EN EL HOSPITAL DE GINECO-OBST. NO. 3 DEL CENTRO
MEDICO LA RAZA.

Junio 1964 a Dic. 1975	192,379	Casos
Mola hidatiforme	609	"
Coriocarcinoma	3	"
Mola invasora	6	"

CUADRO # 1.

De los 6 casos de mola invasora, la edad de las pacientes osciló entre 25-45 años con un promedio de 39 años, el número de gestaciones osciló entre 5-11 con un promedio de 7, siendo precedidas todas de embarazo molar. El diagnóstico clínico del embarazo molar se realizó solamente en 2 casos, todas tuvieron como signo común sangrado genital anormal. La conducta terapéutica una vez establecido el diagnóstico integral fue inductoconducción en 5 casos, complicándose uno de ellos con

ruptura uterina que ameritó histerectomía total abdominal mas salpingooforectomía bilateral y en el otro caso se le practicó legrado uterino instrumental por sangrado genital anormal siendo el hallazgo un embarazo molar, en 5 casos se practicó legrado excepto en el caso de ruptura uterina, 3 de las pacientes ameritaron transfusión -- que osciló entre 600-1,800 cc. El reporte de anatomía -- patológica en dos casos fue de mola aparentemente benigna, 2 como potencialmente maligna y en un caso no se obtuvo el resultado ya que el legrado fué practicado fuera del Hospital.

El control de los 5 casos en los que se practicó legrado hubo persistencia de gonadotropina coriónica de 1-6 meses con un promedio de 3.4 meses, así como sangrado genital anormal, lo que normó la conducta quirúrgica ante la persistencia de la actividad trofoblástica y la sintomatología practicando en todas histerectomía total abdominal mas salpingooforectomía bilateral, negativizándose los controles con gonadotropina coriónica entre el 4-18 día del postoperatorio con un promedio de 11 días, los controles de rayos X de cráneo y tórax no reportaron datos que informaran sobre metastasis a -- distancia y el control mediante la titulación de gonado-

trofina coriónica en 5 de los casos osciló entre 7-32 meses y un caso no llevó ningún control.

DISCUSION Y COMENTARIO: La etiología de las enfermedades del trofoblasto y en particular de la mola hidatiforme y mola invasora sigue siendo motivo de discusión en las publicaciones consultadas, algunas de ellas las relacionan con factores geográficos (14) dependientes de la etiología y alimentación de cada país, otros consideran que las infecciones virales en particular pueden propiciar estas anomalías en la patología trofoblástica (6), (9), (21), otras quieren explicarla por alteraciones cromosómicas propias del trofoblasto (1), (3), (4), (7), (10), (12), (17), (22) y existe desde el punto de vista anatomopatológico justificación para apoyar una proliferación del trofoblasto el cual destruye la pared arteriolar o venosa endometrial provocando una verdadera penetración inicialmente en el miometrio y posteriormente en los tejidos afectados por esta patología gestacional (20). En relación a la mola invasora consideramos que esta última teoría puede ser aplicada en la etiología pues esta entidad es una variante de endometriosis trofoblástica como sostiene Kawai.

En relación a la frecuencia de la mola invaso-

ra como se ve en el cuadro # 2 parece depender no solamente del país en que se investiga sino en un mismo país de las características socioeconómicas particulares de cada región topográfica y además de las posibilidades asistenciales de cada hospital que puede explicar en nuestro medio la disparidad tan importante observada en cuanto a frecuencia.

FRECUENCIA DE LA MOLA HIDATIFORME
EN EMBARAZOS NORMALES.

Novak	1X2,500	U.S.A.
Jefcoate	1X2,000	Inglaterra
Mac Gregor	1X 513	Mex. (HGO#1 IMSS).
Martínez Pacheco	1X 552	Mex. (Hosp.20 Nov. ISSSTE).
Acosta Bendek	1X 311	Colombia.
Sánchez Contreras	1X 261	Mex. (HGO#3 IMSS).
Márquez Monter	1X 200	Mex. (Hosp.Gen. SSA).
Acosta Eison	1X 173	Filipinas.

CUADRO # 2.

Cuando la enfermedad trofoblástica en relación con ingresos obstétricos puros en lo que se incluyen o no al aborto en sus distintas variedades, influyen también el interés en detectar esta entidad nosológica y el control a largo plazo de las pacientes que han tenido embarazo molar. Si analizamos la frecuencia de la mola observada en México nos llama la atención que en los hos

pitales de salubridad en los que se suponen acuden pacientes en malas condiciones nutricionales sí podríamos explicar esta incidencia tan elevada pero no justificamos la disparidad observada en los diferentes hospitales de la seguridad social ya que en ellos se atienden pacientes con las mismas características socioeconómicas. La frecuencia del HGO # 1 del IMSS 1X613 en relación a 1X261 en HGO # 3 del IMSS requiere un ajuste estadístico adecuado. Si comparamos esta frecuencia observada en nuestro país observamos que es sumamente elevada y no comparable con la reportada por los países nórdicos y de recursos asistenciales adecuados como Suecia, Noruega, U.S.A., es en función de esta disparidad en la que no estaríamos de acuerdo con la argumentación formulada por Tow de que mas que factores nutricionales influyen alteraciones cromosómicas especiales pues en esos países altamente civilizados también se ha observado que la transformación maligna en la mola es mucho mas elevada que en nuestro país que reporta una frecuencia de 1X261 de embarazo molar no comparable a la de Inglaterra 1X2,000 siendo la transformación maligna en el grupo de nuestras pacientes muy baja: 3 coriocarcinomas en 609 molas lo que hace un 0.49% (cuadro # 3) que es inferior a la de los países altamente civilizados como Suecia 3.5% (15).

PRECUENCIA DE ENFERMEDAD TROFOBlastica Maligna
EN MOLA HIDATIFORME EN EL HOSPITAL DE GINECO-
OBST. DEL CENTRO MEDICO LA RAZA.

I.M.S.S. Junio 1964 Dic. 1975

Mola hidatiforme	609	
Coriocarcinoma	3	0.49 %
Mola invasora	6	0.98 %

CUADRO # 3.

Consideramos también que desafortunadamente los pacientes que sufrieron transformación en nuestro estudio no acudieron a control periódico adecuado y cuando ésta se presentó no se pudo predecir anticipadamente, sin embargo la evolución posterior al tratamiento se puede catalogar como adecuada con un índice de mortalidad cero en la mola invasora.

En el establecimiento del diagnóstico de la mola invasora actualmente es a todos niveles difícil de realizar y no se conocen procedimientos especializados que la detecten.

El sangrado genital que precedió en nuestras pacientes como signo principal que está de acuerdo a lo reportado por otros autores (5), (11), (13), (23) y la

titulación de gonadotrofina coriónica así como la desproporción entre la amenorrea y la altura del fondo uterino son datos valederos para establecer el diagnóstico de mola hidatiforme y la persistencia de títulos elevados de gonadotrofina después de haber sido evacuada ésta, así como la reaparición o persistencia del sangrado genital descartando la posibilidad de una nueva gestación contribuye a elaborar el diagnóstico de enfermedad trofoblástica persistente permitiéndonos sospechar transformación maligna del trofoblasto con deportación del mismo hacia pulmón, cerebro o genitales externos en los casos de coriocarcinoma no así en la mola invasora que es considerada como enfermedad trofoblástica maligna de mejor pronóstico que el coriocarcinoma. En la mola invasora podemos sospechar el diagnóstico cuando además de la persistencia de cifras elevadas de gonadotrofina y del sangrado genital no existen metástasis a distancia y sin embargo pueden existir datos de irritación peritoneal secundaria a perforación trofoblástica o instrumental que permitirían indirectamente establecer cuando se tiene en mente el diagnóstico de mola invasora como sucedió en el caso de ruptura uterina.

La conducta terapéutica de la enfermedad tro-

foblística y particularmente de la mola invasora debería ser de tipo radical haciendo histerectomía total abdominal como tiempo primario cuando se ha establecido el diagnóstico de mola invasora, sin embargo, esto no siempre es posible razón por la cual muchas de estas pacientes son sometidas al tratamiento con metrotexate (8), (16), (18), (19) que mejora la sintomatología y aún la curación de los casos de coriocarcinoma. No conocemos resultados de esta terapéutica en la mola invasora pero es buena indicación en aquellas mujeres jóvenes en las que hay deseos de conservar la función menstrual y reproductiva, no así en otro grupo de mujeres en las que la edad, multiparidad y deseos de conservar la función reproductiva estén satisfechas en las que la histerectomía total abdominal como tiempo primario podría ser la indicación precisa, no obstante que con esta medida se sacrificarían muchos úteros sin patología a cambio de un mejor pronóstico de otro grupo de pacientes que con esta medida quirúrgica evitarían la transformación maligna irreparable como es el caso del coriocarcinoma. Tow en un trabajo publicado en relación con el pronóstico de la terapia del embarazo molar, así lo demuestra (2).

La histerectomía total abdominal como tiempo

primario es llamada histerectomía en bloque o histerectomía obstétrica, en ella se extrae el útero y su contenido en este caso la mola hidatiforme o mola invasora sin embargo, es conveniente en todos los casos conservar los ovarios a pesar que estos tengan quistes tecalutáinicos, ya que la extirpación de estos ovarios en estas condiciones no puede realizarse parcialmente por la fragilidad especial de estas tumoraciones hormonales y el conservar los permite una involución espontánea con lo que se evitaría la castración quirúrgica de estas mujeres a una edad en que los trastornos de esta medida terapéutica podría precipitar secuelas tan importantes como la osteoporosis y todo el cortejo sintomático que se describe en la menopausia quirúrgica de la mujer joven.

La utilización de transfusión sanguínea y soluciones parenterales siempre estará supeditada a las condiciones generales de la paciente y a la cuantía del sangrado transoperatorio como se observó en el grupo de las pacientes histerectomizadas ya que las cifras empleadas como máximo fué de 1,800 cc.

RESUMEN Y CONCLUSIONES:

1).- Se hace una revisión de la enfermedad trofoblás-

tica diagnosticada en el Hospital de Gineco-Obstetricia del Centro Médico La Raza del año de 1964 a 1975 en la que se diagnostican 609 casos de mola hidatiforme, 3 coriocarcinomas y 6 molas invasoras.

- 2).-- La mola hidatiforme fué observada con una frecuencia de 1X261 ingresos obstétricos que es una frecuencia sumamente elevada si la comparamos con otras estadísticas nacionales y de países altamente civilizados.
- 3).-- La frecuencia de la mola invasora en el Hospital de Gineco-Obstetricia # 3 del Centro Médico La Raza fue de 0.98% en relación a la mola hidatiforme.
- 4).-- La transformación maligna de la mola hidatiforme es sumamente baja, 3 casos de coriocarcinoma 0.49% en relación con el 3.5% de Suecia y otros países.
- 5).-- Se consulta la bibliografía mundial sobre el tema y se enfatiza en que es éste el primer estudio nacional publicado.
- 6).-- El diagnóstico de mola invasora es sumamente difícil de establecer, sin embargo sangrado persistente después de la evacuación de la mola y la persis-

tencia de títulos elevados de gonadotrofina coriónica 30 días después de evacuada la mola o los signos de irritación peritoneal como secuela de perforación trofoblástica del útero pueden orientar a establecer el diagnóstico.

- 7).- La histarectomía total abdominal como terapéutica primaria de elección en estos casos y en las mujeres mayores de 33 años, con multiparidad establecida es una medida adecuada y reduce la transformación maligna de la mola de los casos no diagnosticados antes del acto operatorio.

BIBLIOGRAFIA

- 1).- Baggish. M. S. Amer. J. Obstet. and Gynec. 102. 120; 1968.
- 2).- Baggish. M. S. Clin. Obstet y Ginec. 253; 1973.
- 3).- Beischer. N. A. Amer. J. Obstet and Gynec. 100. 276; 1968.
- 4).- Bargoïn. F. Rev. Franc. Gynec. 60. 673; 1965.
- 5).- Castelazo. A. Ginec y Obstet Mex. 17. 383; 1962.
- 6).- Edmons. H. W. Ann. N. Y. Acad. Sci. 80. 86; 1959.
- 7).- Fukushima, Tsutomu. World of Obstet and Gynec. 12. 12; 1963.
- 8).- Hammond. Ch. B. Amer. J. Obstet. Gynec. 98.71;1967.
- 9).- Ivanov. J. Akush i Ginek. 5. 419; 1966.
- 10).- Kawasaki, Mitsuo. J. Jap. Obstet. and Gynec. 20. 7; 1968.
- 11).- Martinez. F. Ginec y Obstet Mex. 28. 513; 1970.
- 12).- Makino. S. Lancet. 11. 1,275; 1964.
- 13).- Pernia. F. Obstet y Ginec (Venezuela). 21. 243; 1961.
- 14).- Reynolds. Obstet and Gynec. 47. 244; 1976.
- 15).- Ringertz. N. Acta Obstet Gynec. Scandinavica. 49. 195; 1970.
- 16).- Salvatierra. V. Toko. Ginec. Praet. 215. 274; 1964.
- 17).- Schlegel. R. Amer. J. Obstet. and Gynec. 96. 357; 1966.
- 18).- Tow. W. S. H. Cheng. W. C. C. Brit. M. J. 1. 521; 1967.
- 19).- Tow. W. S. H. J. Obstet. Gynaec. Brit. Comm. 73. 544; 1966.
- 20).- Toshio. H. G. I Gaku Shoin L.T.D. Tokyo. 225; 1971.
- 21).- Thiede. H. Morgan. H. Cancer. 50. 820; 1959.
- 22).- Tomlinaga. Page. Amer. J. Obstet. and Gynec. 96. 305; 1966.
- 23).- Vargas. L. Ginec y Obstet Mex. 21. 515; 1966.

ESTA TESIS SE IMPRIMIO EN LOS --
TALLERES DE TESIS DE GUADALAJARA,
S.A.

PAYTA # 771 - B y C
TELS. 586-25-57 y 586-11-43.