

11217  
84  
20j



# Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Postgrado

Curso de Especialización en Ginecología y Obstetricia

Hospital de Gineco-Obstetricia No. 2

Centro Médico Nacional IMSS

## "FRECUENCIA DE LA MOLA DE REPETICION"

### TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el título de:

ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P r e s e n t a :

**DR. MARIO FERNANDO RUEDA BUITRON**



México, D.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1985



## **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 está 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.

## I N D I C E

	<u>Página</u>
INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	9
MATERIAL Y METODOS	14
RESULTADOS	15
DISCUSION	31
BIBLIOGRAFIA	38

## I N T R O D U C C I O N

El embarazo molar es un padecimiento conocido ya desde hace muchos años. La primera descripción se le atribuye a Aetius de Amida: en el siglo VI y fue hasta el año de 1751 en que William Smellie, empleó por primera vez el término de "mola hidatídica" e hizo una descripción morfológica de este padecimiento.

Hasta la fecha se han escrito numerosos trabajos sobre la mola hidatiforme; así, Virchoff pensó que ésta representaba una degeneración mixomatoides del tejido placentario y la denominó como mixoma múltiple del córion. No fue sino hasta 1895, en que Marchand elaboró su trabajo clásico sobre esta enfermedad e inició los conceptos que actualmente sostienen la mayoría de autores sobre este padecimiento. Además de él varios otros autores alemanes hicieron estudios extensos sobre las características morfológicas, biológicas y clínicas de la mola, entre los años 1900 y 1920. En el año de 1921, Mall y Meyer (citado por Castelazo Ayala) <sup>4</sup>, en un estudio extenso sobre aborto espontáneo demostraron que a-

proximadamente la tercera parte mostraba degeneración hidrópica de las vellosidades; esta publicación sirvió como base para ideas sobre la génesis de la mola a las cuales nos referiremos más adelante.

La enfermedad trofoblástica es un padecimiento que no ha quedado esclarecido y en el momento actual no existe acuerdo entre los investigadores en su etiología y fisiopatogenia. La Escuela Americana de Patología define a la Mola Hidatiforme, de la siguiente manera:

" Es un embarazo sin feto intacto, en el cual todas o la mayoría de las vellosidades coriales presentan:

1. Degeneración hidrópica que llega hasta la formación de quistes;
2. Desintegración de vasos sanguíneos; y,
3. Proliferación variable de trofoblasto".

Se han postulado deferentes hipótesis, entre las cuales están:

1. HERTIG <sup>8</sup>: El problema es por una circulación fetal inadecuada. Este autor refiere que al morir el feto no hay circulación y el trofoblasto sigue recibiendo agua, al no haber circulación, no drena el líquido, dando lugar a la degeneración hidrópica.
2. PARK <sup>14</sup>: Es una anomalía primaria del trofoblasto, caracterizada por una displasia; partiendo de esto, acumula agua, debilita al feto y lo mata, dando lugar a la formación de la mola.

#### FRECUENCIA

La frecuencia del embarazo molar varía de acuerdo con los diversos autores. En los Estados U-

nidos, su frecuencia en distintos centros fluctúa entre una mola por 974 embarazos a una mola por 2.560 embarazos (5). En algunos países orientales, su frecuencia es mucho mayor, Acosta Sisson <sup>1</sup> reporta una mola por cada 147 embarazos. La razón de esta disparidad no se ha explicado en forma satisfactoria y se piensa que posiblemente exista un factor genético y racial similar al tipo de factor que gobierna los grupos sanguíneos.

En nuestro medio existen reportes de una mola por cada 395.6 embarazos a una mola por cada 609 embarazos <sup>4, 11</sup>.

### HISTOPATOLOGIA

Con relación a la histología, el trabajo más ampliamente conocido que existe a este respecto es el de Sheldon y Hertig <sup>18</sup>, quienes subdividieron a las molas en seis grupos, de la siguiente forma:

- 1) Benigna: con hiperplasia mínima o ausente del

trofoblasto;

- 2) Probablemente benigna: con hiperplasia discreta o moderada;
- 3) Posiblemente benigna: Hiperplasia y anaplasia mínima;
- 4) Posiblemente maligna: con anaplasia moderada e hiperplasia;
- 5) Probablemente maligna: con anaplasia acentuada e hiperplasia variable;  
y,
- 6) Maligna con crecimiento trofoblástico acentuado y a menudo evidencia de invasión del endometrio. Sin embargo, esta clasificación en la actualidad, no es utilizada, por no existir una correlación clínico-patológica, que acepte esta división.

### MANIFESTACIONES CLINICAS

Dentro del curso clínico, en los primeros períodos del desarrollo de la mola existen algunas características que las distinguen de un embarazo normal, pero hacia el final del primer trimestre y durante el segundo trimestre a menudo se hacen evidentes las alteraciones siguientes:

El sangrado genital de origen uterino, constituye el signo predominante, que aparece en el 89% de los casos, el cual principia generalmente desde las primeras ocho o diez semanas y tiene una evolución irregular. Puede aparecer justo antes del aborto, o, más a menudo, en forma intermitente durante semanas e incluso meses, o bien puede ser escaso o abundante, de sangre roja clara con o sin coágulos y en ocasiones de aspecto sero-hemático.

En atención a que el crecimiento de la mola es más acelerado que el del embarazo normal, el útero con frecuencia suele presentar mayores dimen

siones que las correspondientes para la edad gestacional. No obstante, también existen numerosos casos en que el útero puede ser igual, o bien menor que la edad gestacional real. Estas variaciones del tamaño, dependen de la modalidad del desarrollo de la mola, que pueden ser inconstantes e impredecibles.

La hiperemesis gravídica es más frecuente en los embarazos molares que en los normales.

La hipertensión arterial inducida por el embarazo, suele ser de temprana aparición en el embarazo molar, antes de las 24 semanas de gestación.

#### MÉTODOS DE DIAGNOSTICO

La dosificación de hormona gonadotropina coriónica es un estudio de primordial valor diagnóstico y sobre todo cuando el cuadro clínico no es característico. La sola presencia de positividad de la HGC, aunada al cuadro clínico a veces es suficiente para su diagnóstico. Por otra parte, no

necesariamente deben cursar con dosificaciones elevadas para estar seguros de esta patología.

El estudio radiológico del contenido uterino es de utilidad en el diagnóstico de estas pacientes, así la ausencia de feto es congruente con la detección de embarazo molar.

Con relación al tamaño uterino, como mencionamos previamente, éste puede ser variable, en ocasiones mayor, igual o menor que la amenorrea, por lo que no debemos confiarnos en este único dato para obtener el diagnóstico de este padecimiento.

Otro procedimiento útil para reconocer el embarazo molar actualmente es el ultrasonido, por su inocuidad y seguridad hacen que sea la técnica de elección, siempre que pueda disponerse de ella.

El apropiado manejo del embarazo molar, consiste en el vaciamiento del útero inmediato a su diagnóstico y la vigilancia posterior de la paciente estará encaminada a evitar la persistencia o malignidad de la enfermedad.

## ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La ocurrencia de enfermedad trofoblástica gestacional repetida ha sido históricamente asociada con un pobre resultado reproductivo subsecuente, especialmente en aquellas pacientes con eventos consecutivos<sup>13</sup>; así mismo, Federschneider<sup>6</sup> en su estudio se refiere a que ninguna de las pacientes con mola hidatiforme recurrente tuvieron embarazos normales viables después de dos o más gestaciones molares consecutivas, por lo que se debe tomar en cuenta el problema social que éste representa para la mujer, por su incapacidad para la reproducción normal, dando como resultado un temor al embarazo.

La frecuencia de mola repetida, es un padecimiento más raro todavía, sus reportes fluctúan entre 0.6% a 4.7% de acuerdo con diversos autores<sup>1, 5, 6, 7, 9, 12, 16</sup>. Cuadro No. 1.

La secuencia cronológica de presentación del embarazo molar de repetición, puede ser única -

mente molas o bien embarazos normales alternados con embarazos molares.

En 1946 Chesley <sup>5</sup>, realizó una extensa revisión de la literatura mundial y encontró 43 casos de mola hidatiforme recurrente bien documentadas y solamente 5 de estas mujeres tuvieron embarazos normales intercalados con molas gestacionales.

Acosta Sisson <sup>1</sup>, en las Filipinas reporta una frecuencia de 0.6% a 4.7% en su serie estudiada presenta 4 pacientes con mola recurrente, tres de ellas fueron complicadas con malignidad coriónica, dos casos de coriocarcinoma, uno de las cuales fue fatal por metástasis y un caso de coriadenoma destruens; por lo que hace un llamado de atención en el sentido de que casos de mola repetida, deberán ser observados más estrechamente por la posibilidad de malignización, que sería más acentuada en estas pacientes.

Chien Tien Hsu <sup>9</sup>, en Taipei, China, hace referencia de un estudio geográfico en molas hidatiformes que han probado que esta lesión es más común en Asia que en los países occidentales, a pesar de ésto los reportes de esta región del mundo son escasos. Dentro de su serie presenta 7 casos de mola recurrente (5 casos con dos molas, un caso con tres molas y un caso en el cual ocho molas consecutivas ocurrieron en un periodo de 5 años).

Eva Patek and Peter Johnson <sup>13</sup>, en 1978 reportan un caso de mola recurrente, en una paciente con cinco embarazos molares, ninguno de los cuales fue asociado con feto y todas las molas fueron reportadas histológicamente benignas.

Morrison D.L. <sup>12</sup>, reporta un caso en el cual se sucedieron tres molas consecutivas, y hace un llamado en el sentido que molas recurrentes parece ser más común que lo que se creía anteriormente.

Lurain John R. <sup>10</sup>, reporta en los Estados Unidos una incidencia de 1.5% de molas recurrentes en su estudio en Chicago; además, hace referencia de 8 embarazos a término satisfactorio en 5 pacientes quienes tuvieron dos molas consecutivas, dando una expectativa razonable para el éxito reproductivo en estas mujeres.

Vallecillo Molina G., Niz Ramos J. y Alvarado Durán A. <sup>16</sup>, en México en un estudio realizado en nuestro Hospital durante nueve años reportan una frecuencia del 4.37% de molas recurrentes en 12 pacientes, de las cuales únicamente una presentó degeneración maligna, lo que hace pensar que en nuestro medio la paciente con mola de repetición no significa un riesgo mayor para la presentación de malignidad.

Gitler Mario <sup>7</sup>, en su serie de 10 casos reportados, presenta una frecuencia de 4.33% en embarazos molares repetidos, similar a la encontrada

en nuestro hospital.

El manejo de la paciente con mola de repetición, no tiene actualmente una conducta uniforme definida ya que se realizan tratamientos radicales como la histerectomía propuesta por Acosta Sisson <sup>1</sup>, hasta paliativas como el control definitivo de la fertilidad; sin resolver el verdadero problema que sería la infertilidad en estas pacientes.

## M A T E R I A L Y M E T O D O S

Se realizó un análisis retrospectivo de 295 expedientes codificados como embarazo molar en el Archivo Clínico del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 2 del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano de Seguridad Social, en un período comprendido entre enero de 1971 y diciembre de 1984. Se encontró un total de doce (12) casos de enfermedad trofoblástica recurrente, los mismos que fueron analizados tomando el registro de los siguientes datos: a) Edad de la paciente; b) Estado socio-económico y nutricional; c) Antecedentes obstétricos; d) Secuencia y número de embarazos molares; e) Edad de la mola por amenorrea; f) Cuadro clínico; g) Asociación con toxemia e hipertensión; h) Titulación de gonadotropina coriónica en U.I.; i) Tipo de vaciamiento uterino; j) Complicaciones durante el acto postoperatorio; k) Presencia o no de coriocarcinoma y enfermedad trofoblástica persistente; l) Reporte histopatológico de cada embarazo molar; m) Control posterior al aborto; y, n) Rx de tórax.

## RESULTADOS

La frecuencia encontrada para la mola de repetición fue de 4.06% similar a la informada por otros autores en nuestro medio <sup>7, 16</sup>.

La edad de la paciente varió de 23 a 37 años, siendo el promedio 30.4 años. El número de gestaciones fue de 2 a 7, con promedio de 4.5, y un total de 55, con 13 nacimientos, 3 abortos y 39 embarazos molares en total, variando en número de molas de 2 a 6 (Cuadro No. 2).

En el Cuadro No. 3, se establece la secuencia del embarazo molar que se observó en cada caso, pudiendo constatar lo dicho por otros autores <sup>1, 3, 5, 7, 12</sup>, en lo que respecta a la forma cronológica de presentación, es decir únicamente embarazos molares o bien embarazos normales alternados con mola.

En relación a los factores predisponentes

en que se han mencionado 1, 11, se investigó el estado nutricional y socio-económico, calificándolo como bueno, regular y malo; pudiendo constatar que la mayoría de pacientes se encontraron en el grupo regular y malo. Solamente una paciente (Caso VII) refirió antecedente de mola en una hermana, sin haber reportes de los demás casos. (Cuadro No. 4)

La edad de la gestación molar por amenorrea, se explica en el Cuadro No. 5, siendo la mayor frecuencia para las semanas 11 a 17 (10 casos) y la menor para embarazos molares de más de 26 semanas (1 caso). Del total de 39 molas de repetición que presentaron las 12 pacientes estudiadas, 29 fueron atendidas en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 2 del Centro Médico Nacional del I.M.S.S., el resto, o sean, 10 se resolvieron en otros Hospitales. En el Cuadro No. 6, se anotan los embarazos molares por pacientes que se atendieron en la Unidad, por lo que el análisis se refiere a éstos 29 casos.

El aspecto clínico como se observa en el

Cuadro No. 7, se refiere a la presencia o no de sangrado, hiperemesis, toxemia, hipertensión y tamaño uterino. Se tomó en cuenta la existencia o no de sangrado al ingreso a nuestra Unidad; la hiperemesis gravídica fue el síntoma que presidió al sangrado; el crecimiento uterino referente a la edad gestacional fue calificado como mayor, igual o menor, deduciendo que el 75% de las pacientes presentaron un tamaño mayor que para la edad gestacional. Además, encontramos que 3 pacientes presentaron cuadros toxémicos severos que ameritaron su manejo en la Unidad de Terapia Intensiva. Respecto a la hipertensión y tomando como base cifras diastólicas de 80 como normales, vemos que 8 pacientes presentaron este dato, sin tomar en cuenta aquellas que previamente tenían cifras tensionales altas.

En el Cuadro No. 8 se expone el manejo terapéutico de los 29 embarazos molares repetidos, constatando que más de la mitad de los casos fueron manejados mediante legrados por aspiración.

Por lo que respecta a las titulaciones de

gonadotropina coriónica durante el embarazo y posterior a la evacuación (Cuadro No. 9), 3 casos presentaron negatividad y en el 44.8% de los casos, las titulaciones máximas correspondieron a 128.000 y más de 1'024.000 U.I. Después del embarazo, se encontró negativas en 12 pacientes, registraron titulaciones de más de 128.000 U.I., uno de ellos (Caso II), presentó elevación persistente que ameritó nuevo embarazo para posteriormente negativizarse. En todos los casos la HGC se negativizó durante el período de vigilancia.

El tiempo de control posterior a la resolución de la gestación molar fue de 0 a 5 años, de las pacientes que fueron controladas hasta tres meses como máximo, 6 no asistieron a pesar de haberseles citado a consulta externa y 7 asistieron durante 3 meses. Los demás casos en su totalidad, luego de su período de control (Cuadro No. 10), fueron dados de alta a su clínica de adscripción por encontrarse HGC negativas y sin datos de alteraciones causadas por el padecimiento; así como también, los reportes

radiológicos de tórax no manifestaron alteraciones de malignidad.

Como se observa en el Cuadro No. 11, los reportes histopatológicos encontrados en su mayoría fueron molas benignas (20 casos). De las que no hubieron reportes en el expediente clínico, corresponden a tres casos que por una u otra razón se omitieron, a pesar de que clínicamente los diagnósticos fueron evidentes al momento de su manejo terapéutico.

Las complicaciones que presentaron estas pacientes fueron únicamente anemia aguda en 4 ocasiones por sangrado importante durante el aborto ( III (2 veces), IV y XI ). Ninguna de las pacientes analizadas tuvieron complicaciones con coriocarcinoma.

CUADRO No.1  
FRECUENCIA DE LA MOLA DE REPETICION  
(Reportes de varios autores)

AUTOR	AÑO	PAIS	%
CHESLEY ET AL	1946	Inglaterra	1.8
ACOSTA SISSON	1959	Filipinas	2.57
CASTELAZO AYALA y COLS.	1962	México	2.5
GITLER M. y COLS.	1971	México	4.33
VALLECILLO M. y COLS.	1972	México	4.37
FEDERSCHNEIDER ET AL	1980	Estados Unidos Boston	0.6
SAND PETER ET AL	1984	Estados Unidos Chicago	1.33
PRESENTE ESTUDIO	1985	México	4.06

CUADRO No. 2

MOLA DE REPETICION

CASO	EDAD	GESTA	PARA	ABORTO	CESAREA	MOLA
I	36	4	-	-	2	2
II	37	6	-	-	-	6
III	33	7	-	1	-	6
IV	29	6	3	-	-	3
V	30	3	-	-	-	3
VI	33	4	-	-	-	4
VII	23	3	-	-	-	3
VIII	23	4	2	-	-	2
IX	29	4	2	-	-	2
X	28	6	2	2	-	2
XI	29	4	2	-	-	2
XII	35	4	-	-	-	4

CUADRO No.3  
MOLA DE REPETICION  
SECUENCIA DEL EMBARAZO MOLAR

CASO	EDAD	1	2	3	4	5	6	7
I	36	M	C	C	M			
II	37	M	M	M	M	M	M	
III	33	A	M	M	M	M	N	M
IV	29	P	M	P	M	P	M	
V	30	M	M	M				
VI	33	M	M	M	M			
VII	23	M	M	M				
VIII	23	P	P	M	M			
IX	29	M	P	M	P			
X	28	P	P	A	A	M	M	
XI	29	P	M	P	M			
XII	35	M	M	M	M			

CLAVE: A=aborto; C=cesárea; M=mola; P=parto

CUADRO No. 4

MOLA DE REPETICION

CASO	ESTADO NUTRICIONAL	ESTADO SOCIO-ECONOMICO
I	Regular	Regular
II	Regular	Regular
III	Malo	Malo
IV	Malo	Regular
V	Regular	Regular
VI	Regular	Regular
VII*	Malo	Malo
VIII	Malo	Regular
IX	Regular	Regular
X	Regular	Regular
XI	Malo	Regular
XII	Regular	Regular

\* Presenta antecedente de mola en una hermana.

CUADRO No. 5  
MOLA DE REPETICION  
EDAD DEL EMBARAZO MOLAR POR AMENORREA

SEMANAS	No. DE CASOS
5 a 10	8
11 a 15	10
16 a 20	5
21 a 25	5
26 o +	1
TOTAL	29

CUADRO No.6

MOLA DE REPETICION

EMBARAZOS MOLARES ATENDIDOS EN EL HGO. No.2 CMN-IMSS

---

---

NUMERO												
DE												
CASOS	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII

---

Número Embarazos Molares	2	4	4	3	3	3	2	2	1	2	1	2
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

TOTAL 29 MOLAS

---

CUADRO No. 7  
MOLA DE REPETICION  
C U A D R O C L I N I C O

SANGRADO	%	HIPER- EMESIS	%	ALTURA UTFRINA	%	TOXEMIA	%
SI: 22	75.8	SI: 7	74.2	IGUAL: 6	20.6	SI: 3	10.4
NO: 7	24.2	NO: 22	75.8	MAYOR: 22	75.8	NO: 26	89.6
				MENOR: 1	3.6		
<hr/>							
TOXEMIA %							
SI: 8 27.6							
NO: 21 72.4							

CUADRO No. 8  
MOLA DE REPETICION  
MANEJO TERAPEUTICO

LEGRADOS	No. CASOS
Aspiración	16
Aspiración + instrumental	7
Dígito instrumental	1
Inducción de trabajo de aborto	4
Histerectomía	1
<b>TOTAL:</b>	<b>29</b>

CUADRO No.9  
MOLA DE REPETICION

TITULACION MAXIMA DE GONADOTROPINA CORIONICA ( U.I.)

DURANTE EL EMBARAZO		DESPUES DEL EMBARAZO	
Negativas:	3	Negativas:	12
+ 4.000 - 8.000	5	+ 2.000 - 4.000	6
+ 8.000 - 16.000	2	+ 4.000 - 8.000	3
+ 16.000 - 32.000		+ 8.000 - 16.000	1
+ 32.000 - 64.000	3	+ 16.000 - 32.000	1
+ 64.000 - 128.000	1	+ 32.000 - 64.000	1
+ 128.000 - 256.000	3	+ 64.000 - 128.000	1
+ 256.000 - 512.000	1	+ 128.000	2
+ 512.000 - 1'024.000	4		
+ 1'024.000 -	4		
No se practicó:	3	No existe reporte:	2
<b>TOTAL DE CASOS:</b>	<b>29</b>		<b>29</b>

CUADRO No. 10

MOLA DE REPETICION

TIEMPO DE CONTROL	CONTROL DE FERTILIDAD
3 meses 13	SI: 20
4 a 7 meses 5	NO: 9
8 a 11 meses 5	
12 meses o + 6	
TOTAL CASOS: 29	29

CUADRO No. 11  
MOLA DE REPETICION  
REPORTE HISTOPATOLOGICO DE CADA EMBARAZO MOLAR

---

---

Benignas	20
Leve hiperplasia y anaplasia del trofoblasto	3
Potencialmente maligna.	2
Acentuada proliferación del trofoblasto	1
No existe reporte	3

---

## D I S C U S I O N

La frecuencia de la Mola de Repetición presentada por otros autores es baja, con relación a la encontrada en nuestro medio <sup>7, 16</sup>. En este estudio, obtenemos un promedio de 4.06% de embarazos molares recurrentes que está de acuerdo con reportes previos, en México. Este porcentaje probablemente es elevado, debido a múltiples factores tales como económico, nutricional y posiblemente social del que provienen nuestras pacientes que en su totalidad son de medio regular y malo, lo que está relacionado con lo citado por otros autores, en el sentido de que esta patología es más frecuente en medios no desarrollados como el nuestro, <sup>1, 7, 11, 16</sup>. Se desconoce si es que el embarazo molar, o tumores trofoblásticos, se desarrollan como resultado de factores genéticos, inmunológicos o de medio ambiente <sup>6</sup>.

Refiriéndonos a la edad de nuestras pacientes, obtenemos un promedio de 30.4 años, lo que estaría de acuerdo a lo encontrado por la mayoría de auto

res; no ameritaría mayor análisis, pues se explica en función de ser la época de mayor fertilidad y en la que porcentualmente se encuentra el mayor número de embarazos.

El número de nacidos es bajo, en relación con las gestaciones, dado por la preponderancia de los embarazos molares en estas pacientes.

La secuencia cronológica de presentación del embarazo molar de repetición, concuerda con lo señalado por otros autores 1, 5, 7, 12, 16. Es importante señalar que el 50% de pacientes (6) presentaron solamente embarazos molares sin embarazos normales. El caso III tuvo un aborto en su primer embarazo que por haber sido fuera de nuestro hospital carecemos de información histológica y lo catalogamos simplemente como tal. Los casos II y III recibieron un manejo quimioterápico (metrotexate); el caso II durante 18 ciclos, uno previo a la evacuación y el resto posterior a la misma; sin embargo, no se obtuvo embarazos normales, realizándose con su sexto em-

barazo molar control definitivo de la fertilidad. El caso III recibió un ciclo de quimioterapia previo a la evacuación de su quinta mola, cuyo reporte histológico fue hiperplasia y anaplasia de trofoblasto, dejando de asistir a su control posterior; por lo que, al retornar nuevamente con otro embarazo molar se propuso para realizarsele histerectomía total abdominal, la misma que no se efectuó por mal estado general de la paciente; luego de tres meses de su última mola retornó a consulta externa manifestando que se realizó histerectomía total abdominal más - salpingo oforectomía bilateral en otro hospital del I.M.S.S., por presencia de sangrado profuso. Tres pacientes tuvieron molas intercaladas con embarazos (casos IV, IX y XI). Dos pacientes con dos molas - consecutivas en sus últimos embarazos (casos VIII y X). Una paciente (caso I) tuvo dos embarazos molares en el primero y último embarazos, intercalados por dos embarazos normales.

La edad de la mola cuando es diagnosticada más frecuentemente, es entre la sexta y veintea-

va semanas, correspondiendo a lo encontrado en este análisis, el 79.3% de los mismos se encontraron entre dichas edades.

En el cuadro clínico del embarazo molar se encontró al sangrado como el síntoma de mayor presentación (75.8%), seguido por la hiperemesis (24.0%), el dolor solamente presentó un caso. El tamaño uterino con relación a la amenorrea fue mayor en el 75.8% de los casos, toxemia (10.4%) e hipertensión (27.6%), se encontró en un menor número de pacientes. El cuadro clínico presentado por este grupo de pacientes, no difiere de los de otros autores; así como también, no se encontró diferencia de aquel que presenta una paciente con una sola mola.

El manejo terapéutico de estas enfermas, en su mayoría (16 casos) fue realizado mediante legrado por aspiración, en siete casos se efectuó aspiración más legrado instrumental, por la presencia de sangrado persistente durante el procedimiento, pensándose que

que no había evacuado totalmente el tejido molar. En un caso se realizó legrado dígito instrumental y en cuatro casos inducto conducción del trabajo de aborto. Cabe indicar, que este procedimiento se efectuó en las pacientes hace algún tiempo, conociéndose que puede producir deportación del tejido trofoblástico, por lo que en la actualidad dicho manejo no es utilizado. En el caso IV se practicó histerectomía más salpingo oforectomía bilateral en su sexta gestación (tercero molar), por la presencia de examen histopatológico en un embarazo molar previo de mola potencialmente maligna, debido a que esta paciente no asistió a su control anterior, o probablemente a la falta de información adecuada de su padecimiento; su evolución posterior fue satisfactoria.

Por lo que respecta a las titulaciones de hormona gonadotropina coriónica, como ya señalamos, es un parámetro importante en el diagnóstico del padecimiento, sin que ésto quiera decir que es patognomónico del mismo. Así vemos en el grupo analizado que se encontró titulaciones desde negativas hasta

mayores de 1'024.000 U.I., por lo que su interpretación debe ir correlacionado con el cuadro clínico de las pacientes, y de otros procedimientos diagnósticos, para evitar errores; debido a la detección de titulaciones muy altas durante el primer trimestre en gestaciones múltiples. Si la concentración de HGC permanece alta hasta después de ocho semanas, posterior a la evacuación, existe posibilidad de malignización, por lo que es indispensable el control periódico y prolongado de estas pacientes hasta la negativización de las titulaciones de HGC y durante un año de seguimiento.

Referente a la histología presentada en cada embarazo molar, encontramos 20 casos reportados como benignos, lo que estaría de acuerdo con la frecuencia señalada por la mayoría de autores<sup>6</sup>; 3 fueron con hiperplasia y anaplasia de trofoblasto; 2 potencialmente malignas, una con acentuada proliferación del trofoblasto y sin existir reporte de 3 de ellas. Sin embargo, como ya está bien establecido la utilidad pronóstica del estudio histológico no

es de valor, ya que éste depende fundamentalmente de la evolución clínica.

En nuestro grupo estudiado no se encontraron casos de enfermedad trofoblástica persistente, así como tampoco de coriocarcinoma, lo que no se relaciona con reportes de diferentes autores <sup>1, 5, 6</sup>, quienes señalan que a mayor número de embarazos mola- res, existe aumento en la posibilidad de maligniza- ción.

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

1. Acosta Sisson, H.: "The Chance on Malignancy in a Repeated Hydatidiform Mole". Am. J. - Obst. Gynec. 78: 4: 876: 1959.  
  
Acosta Sisson, H.: "Indications for immediate Hysterectomy without curettage in cases of Hidatidiform Mole". Am. J. Obst. Gynec. 81: 715, 1961.
2. Bennett Marcus and Leon Quattlebaum: "Recurrent Hydatidiform Mole Complicated by Pre-eclampsia". Am. J. Obst. Gynec. 78: 881, 1959.
3. Brandes J., Peretz A.: "Recurrent Hydatidiform Mole": Report of a case. Obst. Gynec. 25: 398, 1965.
4. Castelazo Ayala L., Maqueo Topete M., Barrios Pérez L.: "Mola Hidatiforme". (Estudio de 40 casos con presentación de uno complicado con e-

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 39 -

- clampsia y nódulo vaginal y otro de mola de repetición). Ginec. Obstet. Méx. 17: 17, 99: 383, julio 1962.
5. Chesley L., Cosgrove S.A., and John Preece: "Hydatidiform Mole, with special reference to recurrence and associated eclampsia". Am. J. Obst. Gynec. 52: 311, 1946.
  6. Federschneider J.M., Donald P. Goldstein, Ross S. Berkowitz, Ann R. Marean, RN, and Marilyn R. Bernstein: "Natural History of Recurrent Molar Pregnancy". Obst. Gynec. 55: 457, 1946.
  7. Gittler M., Darío Rolon and Carlos MacGregor: "Recurrent Hydatidiform Mole". International Journal of Gynec. and Obst. 9: 3: 98, May 1971.
  8. Hertig A.T., Edmonds H.W.: "Genesis of Hydatidiform Mole". Arch. Path., 30: 260, 1940.

- Hertig, A.T., Sheldon, W.H.: "Hydatidiform Mole". A pathologic-clinical correlation of 200 cases. *Am. J. Obst. Gynec.*, 53: 1, 1947.
9. Hsu Chien-Tien, Chung-Hsuan Lai, Che-Lang Changchien, Bin-Chuan Changchien: "Repeat Hydatidiform Moles". Report of seven cases. *Am. J. Obst. Gynec.* 87: 4; 543, 1963.
10. Lurain John R., Peter K. Sand, Sandra A. Carson, John I. Brewer: "Pregnancy outcome subsequent to consecutive Hydatidiform Moles". *Am. J. Obst. Gynec.* April 15, pag. 1060, 1982.
11. MacGregor Carlos, Ontiveros Eduardo, Vargas López Eleazar, Castelazo Ayala Luis: "Análisis Estadístico del Embarazo Molar en el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 1, del I.M. S.S.". *Ginec. Obstet. Méx.* XXI. 610, julio-agosto, 1966.

12. Morrison D.L.: "Recurrent Hydatidiform Mole".  
J. Obst. Gynec. Brit. Comw. 71; 640, 1964.
13. Patek, Eva and Johnson Per: "Recurrent Hydatidiform Mole". Act. Obst. Gynec. Scand 57:  
381, 1978.
14. Park, W.W.: "Disorders originating from the human trophoblast ". Modern trends in Pathology, 180, 1959.
15. Sand, Peter K., John R. Lurain, and John I. Brewer: "Repeat Gestational Trophoblastic Disease". Obst. and Gynec. 63: 2, Feb. 1984.
16. Vallecillo Molina, Gaspar; Niz Ramos, José; Alvarado Durán, Alberto: "Mola de Repetición" Ginec. Obstet. Méx. 32: 87, 189, julio 1972.