

11217

129

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES



DIAGNOSTICO ULTRASONOGRAFICO EN  
EL EMBARAZO MOLAR.

CORRELACION CON OTROS METODOS:

TESIS DE POST-GRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
ESPECIALISTA EN GINECO-OBSTETRICIA

P R E S E N T A

DR. JORGE ENRIQUE IBARRA PATRICIO



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

2002



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

A mis padres  
Punto de partida de  
una vida llena de  
esperanza

A mis hermanos  
por su cariño y confianza

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

A mi esposa  
por su inmenso amor  
complemento de mi  
vida.

A mi hijo  
estrella fulgurante  
que completo mi  
existencia.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

A mis compañeros

Residentes

que compartieron

momentos inolvidables

en mi vida.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## I N D I C E

	Página.
INTRODUCCION	1
OBJETIVOS	2
GENERALIDADES	3
MATERIAL	14
METODO	15
RESULTADOS	17
CONCLUSIONES	32
BIBLIOGRAFIA	37

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

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

El presente estudio tuvo como origen la inquietud de —  
conocer las verdaderas condiciones del embarazo molar dentro  
de la población de pacientes que se manejan en el Centro Hos-  
pitalario " 20 de Noviembre ", perteneciente al I.S.S.S.T.E.

En un principio se trató de enfocar al estudio hacia las  
alteraciones cromosómicas en la mola hidatiforme, no siendo —  
posible por falta de material, aunque actualmente contamos en  
la institución con el personal calificado.

Por ésta razón se decidió profundizar en cuanto a la ul-  
trosonografía como método diagnóstico en el embarazo molar, —  
haciendo una correlación con otros métodos tales como: Radio-  
grafía simple de abdomen, arteriografía, cardiotocografía ex-  
terna, cuantificación de gonadotropinas coriónicas y por la —  
clínica. Para dar el valor real a la ecosonografía practicada  
en el servicio de Perinatología y así ofrecer un tratamiento —  
adecuado en el menor tiempo posible.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

O B J E T I V O S

- 1.- Conocer la verdadera utilidad de la ultrasonografía en el diagnóstico temprano del embarazo molar, haciéndose comparación con los otros métodos que actualmente se utilizan en nuestro Centro Hospitalario.
  
- 2.- Llevar al cabo una valoración racional del manejo de estas pacientes, en nuestra unidad.
  
- 3.- Tratar de unificar criterios existentes en nuestro servicio en cuanto a la terapéutica que deberá prevalecer.
  
- 4.- Elaborar un protocolo de manejo para las pacientes con la entidad patológica estudiada en esta revisión, procurando proporcionarles la terapéutica adecuada en el menor tiempo posible.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1.- Mauriceau describió por primera vez al embarazo molar en -  
1668.

Marchand en 1896, le da por primera vez el nombre de Mola  
Hidatiforme.

Hertin y Edmons en 1940 les clasificaron, dependiendo del-  
grado de degeneración en: Hertin I, II y III.

Carr en 1959 expone una hipótesis de etiología citogenéti-  
ca.

## 2.- DEFINICIONES

I.- Es una anomalía del desarrollo de la placenta, que a  
menudo se considera una neoplasia benigna (23).

II.- Es la lesión que precede con más frecuencia al corio-  
carcinoma, llamado antes corioepitelioma, verdadero -  
tumor maligno del trofoblasto, que se caracteriza por  
metástasis rápidas y diseminadas (23).

III.- La mola invasora (choriocarcinoma destruens) afecta ge-  
neralmente al miometrio y a los tejidos vecinos, pero  
las metástasis son menos frecuentes y menos extensas.



ETIOLOGIA

3.- Hertin y Edmonds encontraron degeneración hidrópica o hidatiforme en dos tercios de huevos abortados.

Carr y Vassilakos emiten la teoría citogenética.

Tadashi por medio de estudio de bandeo cromosómico refiere un origen androgénico.

ANATOMIA PATOLOGICA.- Algunas o todas las vellosidades coriónicas se convierten en una masa de vesículas claras, generalmente no existe embrión y su tamaño varía desde menos de 1 mm, a más de 1 cm, de diámetro; colgando de pedículos delgados en forma parecida a un racimo de uvas.

La estructura microscópica se caracteriza por:

- 1.- Degeneración hidrópica y tumefacción del tejido estromal de las vellosidades.
- 2.- Ausencia o escasez de vasos sanguíneos.
- 3.- Proliferación mas o menos intensa del epitelio coriónico.

En las molas hidatiformes benignas y en las molas invasoras, el patrón cromosómico es femenino, en 29 de 30 casos, —

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

según Tommage y Page (23).

FRECUENCIA.- Los autores dedicados al estudio de esta entidad, refieren que puede ser desde 1:250, hasta 1:2000 gestaciones. En nuestro medio es reportado como de 1:500 a 1:600 embarazos, según estudio realizado en el Hospital de Ginecoobstetricia no. 4 del IMSS (24). Aunque también es reportado en Taiwan como de 1: 125, y en el Hospital General de México de la S.S.A es de 1:200 embarazos (23). Además se puede mencionar la frecuencia de embarazo molar con coexistencia de feto, que va de 1:10,000 hasta 1:100,000 embarazos, según diferentes autores (5).

La repetición o recurrencia de embarazo molar es rara, - pero se ha observado hasta en un 2% de los casos; reportándose una probabilidad para presentarse en una proporción de 40 veces mas que en la población general. (23).

LA EDAD.- Se ha mencionado que tiene una relación importante. Siendo elevada su frecuencia al inicio de la época de fertilidad y en especial hacia fines de la misma. Siendo mas marcado en mujeres mayores de 45 años, donde la frecuencia relativa es 10 veces mayor que entre los 20-40 años. Existiendo reportes -

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

de embarazo molar en mujeres de 54-55 años; mientras que en estas edades los embarazos normales son prácticamente desconocidos.

CUADRO CLINICO.-

-Durante las primeras semanas del desarrollo de un embarazo molar, no existen signos que lo distingan de una gestación normal.

-Al no producirse un aborto precoz, el útero muchas veces va aumentando de tamaño mas rápidamente que lo común. Siendo casi en el 50% de los casos, mayor que el que se esperaría del embarazo por fecha de última menstruación.

-Las hemorragias uterinas, son el signo más importante; variando desde unas cuantas gotas hasta hemorragias profusas. En ocasiones apareciendo poco antes del aborto, pero lo más frecuente es que sean intermitentes y de larga evolución.

-Anemia. Dependiendo de la profusidad y la frecuencia de los cuadros hemorrágicos.

-La expulsión de vesículas hidatiformes es forma espontánea, sobreviene con especial frecuencia hacia los 4 meses y es raro que se retrase más allá del 7o. mes, siendo el promedio según Smalbraak, de 18 semanas. (23).

-Hiperemesis.

-Quistes tecalutefínicos.- Según Novak, que van desde el 25% hasta el 60% de los casos. Y no necesitando ser extirpados, ya que tienen regresión después de ser evacuada la mola (23).

-La degeneración a coriocarcinoma es reportada en un 5% de los casos (13).

-La ruptura uterina en raras ocasiones, presentándose entonces, como cuadro abdominal agudo, o como cuadro de shock hipovolémico.

#### MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO Y GABINETE.-

Arteriografía. es un método invasivo, consistente en la inyección intrauterina por vía suprapúbica de una sustancia radiopaca, para la toma de radiografías de abdomen y así poder delimitar la imagen característica del embarazo molar. Haciendo notar que los autores pregonan la ausencia de mortalidad materna, debido a la técnica, pero remarcando la posibilidad del desencadenamiento de un trabajo de aborto, debido a la hipertonicidad del material de contraste. (23). Este método diagnóstico se ha dejado de usar en nuestra unidad hospitalaria.

Ultrasonografía.- La imagen ultrasonográfica típica, - mediante centelleo de tiempo real o en escala gris con limitación de borde, es la de un útero repleto de espículas múltiples, blancas, más densa a nivel del área de implantación.

Por estudio con escala gris se descubren en la zona punteada gran número de áreas quísticas o sonotransparentes, que representan hemorragia en el interior de la mola, dándosele diferentes nombres, tales como tormenta de nieve, copos de nieve, etc. (8). Puede manifestarse durante el estudio la presencia de quistes tecalutefínicos (sonotransparentes) con múltiples tabiques, en el 30% de los embarazos molares. (8). Deben seguirse los siguientes principios de centelleo:

1.- El útero debe ser sometido a centelleo meticuloso, con intervalos de 0.5 a 1 cm, en ambos planos, longitudinal y transversal. A veces son necesarios centelleos oblicuos, para poner en evidencia con más claridad algunos hallazgos ultrasonícos.

2.- El dispositivo debe ser cuidadosamente ajustado a cada paciente, lo cual es sobre todo importante en el diagnóstico temprano, ya que un pequeño saco gestacional podría pasar inadvertido si el ajuste es demasiado alto.

3.- La paciente debe ser examinada con la vejiga llena, debiendo evitarse la distensión excesiva, ya que puede producirse — aplanamiento y deformidad del saco gestacional y dar origen en raras ocasiones a una aperiencia de doble saco gestacional.

Constituye la excepción al respecto la retroversión del útero, en la cual es necesaria la sobredistensión de la vejiga para — visualizar adecuadamente el contenido uterino. A veces es necesario ejecutar centelleo con diversos grados de distensión — vesical para ayudar a establecer un diagnóstico, si los hallazgos ultrasónicos iniciales son dudosos.

4.- Los centelleos-B con volumen de media vida, pueden poner — mejor de manifiesto los patrones de eco, que los centelleos — convencionales (un volumen de tercera o cuarta parte de vida).

5.- Un centelleo de sector en arco del útero, utilizando la — vejiga materna como "ventana sónica", puede brindar una imagen más exacta de hallazgos ultrasónicos.

6.- Pueden ser necesarios exámenes repetidos si un estudio es — técnicamente inadecuado o si los hallazgos sonográficos son — equívocos (22).

En estudios llevados al cabo en State University of New-  
York, Downstate Medical Center (SUNY-DMC) y el otro en el —

Chiba University School of Medicine, Japan (Chiba U.), se encuentran los datos siguientes:

En el SUNY-DMC, el diagnóstico ultrasonográfico fué correcto - 92.2%.

En el Chiba U., el diagnóstico ultrasonográfico fué correcto - 91.6%.

En el SUNY-DMC, los falsos negativos fueron el 7.8%.

En Chiba U., los falsos negativos fueron el 8.4%.

El hallazgo de quistes tecaluteínicos en SUNY-DMC fué en el - 29.4%.

El hallazgo de quistes tecaluteínicos en Chiba U. fué en el - 18.1% (24).

Novak indica la presencia de tales quistes en el 25 a - 60%. (23).

Otro estudio llevado a cabo en el Hospital de Ginecoobstetricia No. 4 del IMSS (24), muestra los siguientes datos:

Habiéndose estudiado 184 pacientes con sospecha de embarazo molar se confirmó solamente en 59 casos y el estudio ultrasonográfico tuvo los siguientes resultados:

En 48 casos fué positivo en el 1er. estudio, correspondiendo al 81.3%.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- 11 -

En 7 casos fué positivo en el 2o. estudio, correspondiendo al 11.38%.

En 4 casos el diagnóstico fué incorrecto, correspondiendo al 6.7%.

Los 125 casos restantes quedaron encajados de la siguiente forma:

26 casos eran embarazos normales.

43 casos eran abortos en sus distintas fases.

3 casos fueron tumoraciones asociadas a embarazo (2 mionas y 1 tumor de ovario).

El diagnóstico ecocsonográfico fué correcto para embarazo no molar en 119 casos 95.2%, e incorrecto en 3 casos (2.4%).

El estudio radiológico, como método de diagnóstico, se practicó en 88 pacientes; en 41 casos con embarazo molar, el estudio sugirió su presencia en 35 casos (85.3%).

En 3 casos (7.3%) el diagnóstico fué incorrecto. Y en los 3 restantes el estudio no fué concluyente.

En el grupo de pacientes sin embarazo molar, 47 casos el diagnóstico fué correcto en 36, (79.5%) y en 11 (23.4%), fué incorrecto por sugerir ausencia de partes fetales.

El estudio radiológico solo se debe solicitar después de la

14a. semana de gestación.

-La cardiocotografía externa es otro método de diagnóstico que se puede utilizar. Se practicó en 82 pacientes, en el estudio de la Gineco No. 4 del IMSS y dio los siguientes resultados:

En 25 casos se observa complejo fetal correspondiente a fetos vivos. En 31 casos se reportó ausencia de complejo fetal y correspondieron a abortos en sus distintas modalidades. En 26 casos se reportó ausencia del complejo fetal a pesar de tratarse de fetos vivos.

-El método inmunológico, por medio de cuantificación de gonado tropinas coriónicas en orina de 24 h, debe hacer sospechar el embarazo molar cuando encontremos titulaciones por arriba de 512,000 U.I; en el estudio mencionado, se encontró lo siguiente:

Cifras de 512,000 o más, en 31 pacientes, de los 59 casos de embarazo molar (52.5%) Y de 512,000 o mas en 5 pacientes de 125 casos de embarazo molar (4.0%).

TRATAMIENTO.- En cuanto a este punto, existió y siempre existirá discordancia, en lo referente a que método es el mejor a seguir, hasta que no se encuentre la etiología del padecimiento. Pero se debe tomar a consideración el estado en que llegas

la paciente y los medios con que se cuenta para resolver el -  
problema. Así Loudon, en 1969 introdujo la estimulación con-  
altas dosis de oxitocina, para abortar embarazos molares; sin  
embargo But Braga y Chun (1969), asociaron el uso de oxitoci-  
na a la precipitación de embolización de trofoblasto. Attwood  
y Park (1961) anotaron como causa de desprendimiento de trofo-  
blasto a la contracción uterina y a la conmoción placentaria.  
(20). Stone y Bagshawe (1979) hace notar la baja incidencia -  
de diseminación al practicar histerectomía o histerotomía en -  
pacientes de edad avanzada y con su familia completa (20).  
Since Brandes (1976) describió la aspiración de tejido molar -  
con vacuum, independientemente del tamaño uterino. Haciendo -  
énfasis en la superioridad de este método; asimismo la disminu-  
ción de la necesidad de quimioterapia posterior. (20).  
Stone (1976) establece un incremento de la necesidad de admi-  
nistrar quimioterapia en pacientes receptoras de preparaciones  
con estrógenos o progestágenos antes del tratamiento primario-  
de una mola (20).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

M A T E R I A L



- 1.- Pacientes con diagnóstico clínico de embarazo molar.
- 2.- Bibliografía de 1975 a 1980, nacional y extranjera.
- 3.- Expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de —  
mola en el mismo período.
- 4.- Reportes de anatomía patológica de 1975 a 1980.
- 5.- Expedientes radiológicos de las mismas pacientes.
- 6.- Cuantificaciones de gonadotropinas coriónicas en orina —  
de 24 horas.
- 7.- Placas simples de abdomen.
- 8.- Ultrasonografía, de ser posible, constatada con fotogra-  
fía.
- 9.- Gráficas de los resultados obtenidos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

M E T O D O

15-A

1.- Se hizo la revisión de la bibliografía nacional e internacional, siendo 23 los artículos seleccionados por su importancia, tomando y escotando cada uno de los datos indispensables.

2.- La revisión de los expedientes con diagnóstico de embarazo molar, entre los años de 1975 a 1980. Se revisaron los siguientes datos:

- a) Edad.
- b) Nivel socioeconómico.
- c) Ocupación
- d) Historia obstétrica
- e) Esterilidad
- f) Uso de anticonceptivo
- g) Síntomas
- h) Edad gestacional
- i) Altura del fondo uterino
- j) Cuantificación de gonadotropinas coriónicas previas al tratamiento.
- k) Radiografías simples de abdomen.
- l) Ultrasonografía.
- ll) Manejo instituido.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- m) Tiempo de internamiento, incluidos los reingresos.
  - n) Hallazgo de quistes tecaluteínicos.
  - o) Tiempo de vigilancia posterior al egreso hospitalario.
  - p) Cuantificaciones de gonadotropinas coriónicas en orina en el control de la consulta externa.
  - q) Teleradiografías de tórax, para control.
  - r) Manejo en caso de persistencia.
  - s) Necesidad de nuevo legrado uterino.
  - t) Quimioterapia.
  - u) Evolución.
  - v) Resultado histopatológico.
  - x) Anticonceptivos con posterioridad al tratamiento por embarazo molar.
  - y) Estado al darse de alta la paciente, o al abandonar la consulta de control.
- 3.- Elaboración de gráficas con los resultados obtenidos, haciendo comparación entre los diferentes métodos diagnósticos.
- 4.- Y por último se intentará elaborar un protocolo de manejo de las pacientes con embarazo molar.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

R E S U L T A D O S

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

17-A

<p style="text-align: center;"><b>TESIS CON FALLA DE ORIGEN</b></p>
---

I.- FRECUENCIA: Se encontraron durante los 6 años de la revisión un total de 93 casos de embarazo molar, de un total de 33.158 embarazos, que corresponden a 1:356 embarazos, distribuidos, por año de la siguiente forma:

Año	No de Casos	No. de Embarazos	Frecuencia.
1975	21	5969	1 : 235
1976	10	4941	1 : 494
1977	16	5879	1 : 367
1978	17	5573	1 : 348
1979	13	5014	1 : 385
1980	16	5782	1 : 361
T o t a l	93	33158	1 : 356

De los 93 casos reportados por el servicio de Anatomía - Patológica únicamente se encontraron 54 expedientes; el resto definitivamente fueron dados como perdidos en el archivo de nuestro Centro Hospitalario; este número de casos corresponde al 58.1% del total.

De cualquier modo es una cifra significativa para dar valor - al estudio estadístico de cada uno de los datos enunciados en lista de material y método.

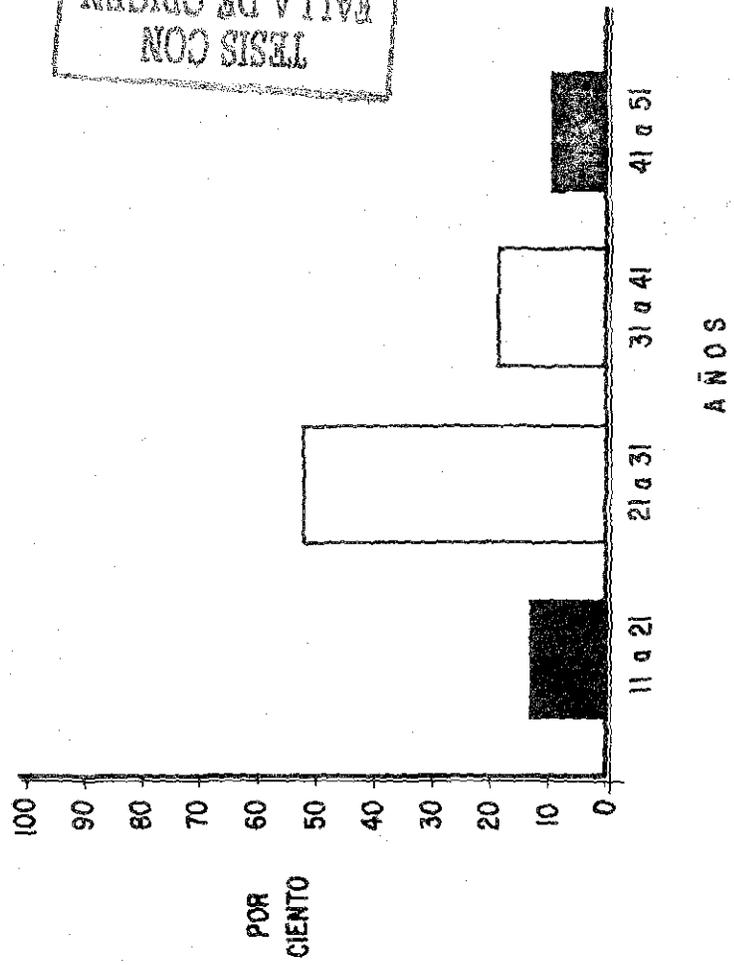
II.- El diagnóstico clínico se hizo únicamente en 29 casos de las pacientes reportadas por patología, correspondió al 31.07%, de los 93 casos con diagnóstico de embarazo molar.

III.- La frecuencia de embarazo molar en relación a los grupos de edad materna se enlista en el siguiente cuadro:

Edad	No de Pacientes	Porcentaje
11-20 años	7	12.9%
21-30 años	32	52.2%
31-40 años	10	18.5%
41 o mas años	5	9.2%
T o t a l	54	100 %

IV.- Con respecto al nivel socioeconómico reconocemos diferencias de nuestros datos, con respecto a los referidos por otros autores, habiendo las discrepancias que se manifiestan a continuación:

# FRECUENCIA POR EDADES



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

<u>Nivel Socioeconómico.</u>	<u>No de pacientes</u>	<u>Porcentaje</u>
Bajo	16	28.2%
Medio	38	71.8
Alto	0	0
TOTAL	54	100%

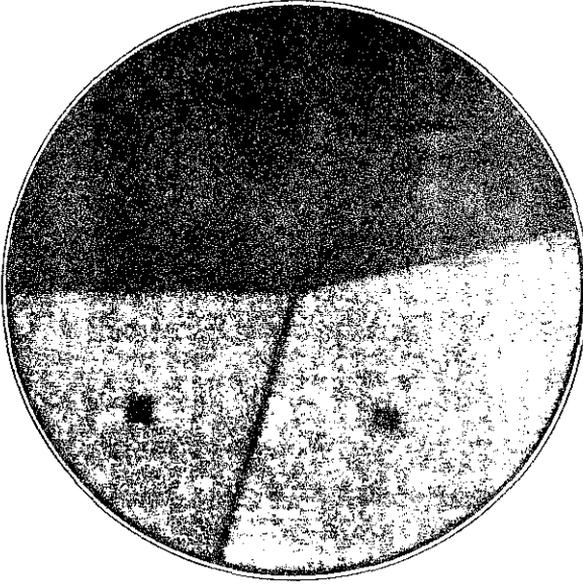
V.- Por lo que respecta al número de gestaciones, se hicieron 3 grupos, los que quedaron de la siguiente manera:

<u>No de gestaciones</u>	<u>No de pacientes</u>	<u>Porcentaje</u>
Primigestas	11	20.37%
De 2 a 4 Gestas	25	46.29%
De 5 o mas Gestas	18	33.34%
TOTAL	54	100%

Dos pacientes con antecedente de un embarazo molar.

VI.- De nuestro grupo de estudio ninguna paciente contaba con antecedente de esterilidad y, por lo tanto, tampoco del uso - de inductores de la ovulación o de inseminación artificial.

# GESTACIONES



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- I -  DE 2 - 4 GESTACIONES
- II -  DE 5 O MAS GESTACIONES
- III -  PRIMIGESTAS

VII.- El antecedente de uso de hormonales fué encontrado en 9 pacientes, correspondiendo al 16,6%. Su distribución fué de la siguiente forma: hormonales orales en 6 pacientes (66,6%) y - hormonales de depósito mensual intramuscular en 3 pacientes, (33,3%).

VIII.- Los síntomas más frecuentes que se encontraron en las - mujeres con el padecimiento estudiado fueron los siguientes:

Síntomas	No de casos.	Porcentaje
Hiperemesis	12	22,2%
Hemorragia	42	77,7%
Crecimiento uterino		
Rápido	3	5,5%
Toxemia	1	1,8%
Otros *	14	24,2%
Asintomática.	1	1,8%

\* Disuria, tenesmo rectal, hipertermia, edema, dolor tipo - obstétrica y pérdida de peso.

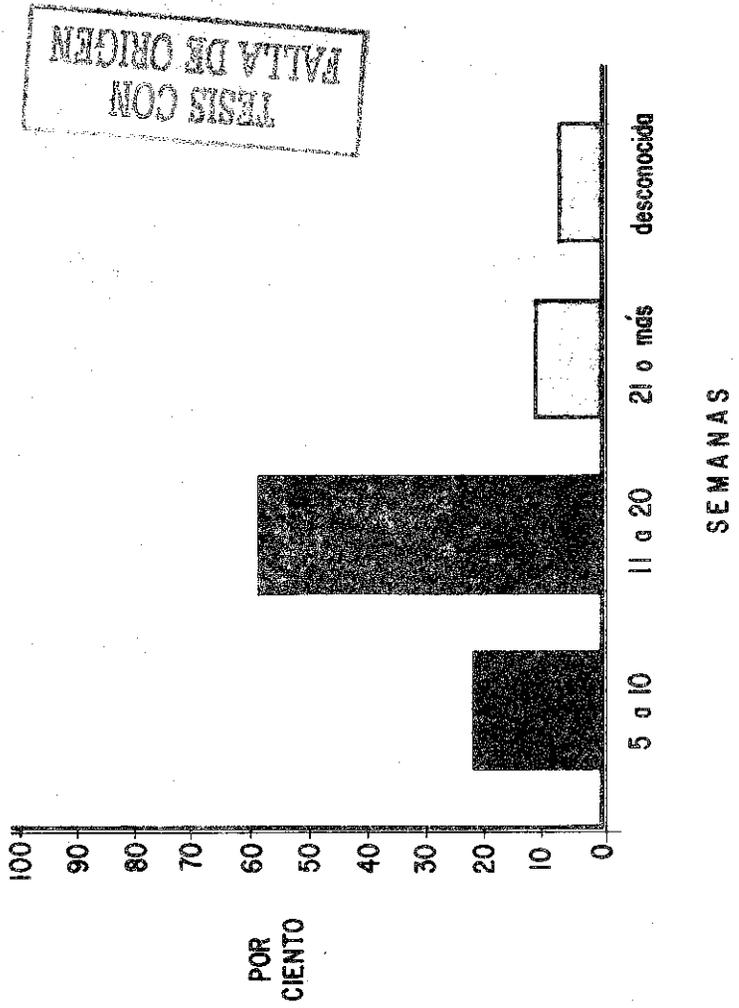
Se aclara que varias pacientes pudieron presentar uno o más de los síntomas enumerados en el cuadro.

IX.- La edad gestacional en que fueron diagnosticados los embarazos molares en nuestras pacientes, se distribuyó en 4 grupos, de la siguiente forma:

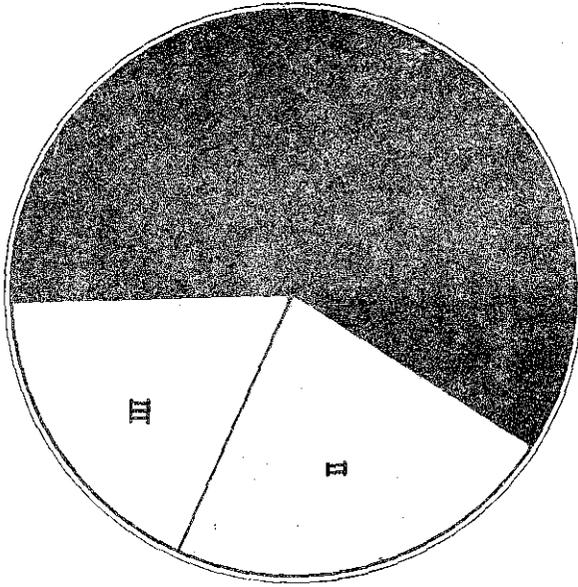
Edad Gestacional.	No de Casos	Porcentaje
5-10 semanas	12	22.2%
11-20 semanas	32	59.25%
21 o mas semanas	6	11.11%
Desconocida	4	7.40%
T o t a l	54	100%

X.- El crecimiento uterino fue normal o de acuerdo al esperado por la edad gestacional en 12 pacientes, correspondiendo al 22.3%. El crecimiento desproporcionado o más rapido de lo esperado fué en 32 casos (59.2%) y menor a lo esperado en 10 casos (18.5%). Solamente una de las pacientes acudió a consulta por crecimiento abdominal mayor respecto a la amenorrea.

# EDAD GESTACIONAL DEL DIAGNOSTICO



# CRECIMIENTO UTERINO



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- I - CRECIMIENTO UTERINO RAPIDO
- II - CRECIMIENTO UTERINO NORMAL
- III - CRECIMIENTO UTERINO MENOR

XI.- Únicamente a 18 pacientes (33.3%), se les había solicitado cuantificación de gonadotropinas coriónicas (CGC) a algunas de ellas hasta en más de dos ocasiones, por lo que el total de dosificaciones de CGC previas fué de 26, (100%). De ellas solamente 10 resultaron mayores de 500,000 U.I, (38.4%), y se catalogarían como sospechosas. En 16 ocasiones (61.5%) fueron menores de 500,000 U. I., pudiéndose pensar que se trataba de embarazos normales, o quizá que se tratara de embarazos múltiples.

XII.- Las radiografías simples de abdomen solamente fueron usadas como método diagnóstico en 8 pacientes, (14.8%), señalando se ausencia fetal en el 100% de los casos. Por lo pequeño del grupo, carece de valor estadístico. Como dato importante cabe mencionar que en los 6 años revisados, no se menciona en ningún expediente que se hubiera practicado arteriografía.

XIII.- Ultrasonografía.- Se encontraron reportes ultrasonográficos desde 1975, pero nunca encaminados al diagnóstico temprano del embarazo molar. Solamente se logra establecer un intento de utilizar a la ecosonografía para detectar la entidad patológica estudiada a partir de 1978, en que se encuentra que en 2 casos se hizo ecosonografía, pero siendo el diagnóstico -

equivocado, ya que los reportan como huevo muerto y retenido, -  
correspondiendo al 3.70% de los casos.

En 1979 y 1980, se realiza estudio ultrasonográfico en 11 pa -  
cientes, en los cuales se establecen datos sugerentes de embaraz  
o molar, correspondiendo al 20.3% de los casos. El diagnósti-  
co fue correcto en todas las pacientes.

XIV.- El manejo terapéutico llevado a cabo en nuestro servicio,  
fué de la siguiente manera:

- a) Inductoconducción en 4 casos (7.4%)
- b) Legrado por aspiración en 11 casos (20.3%).
- c) Legrado uterino instrumentado en 36 casos (66.6%).
- d) Histerectomía en 3 casos (5.5%).
- e) Legrado digitoinstrumental en 5 casos (9.2%).

XV.- El tiempo de internamiento promedio fué de 6.9 días. Pero-  
con 12 internamientos de mas de 10 días, llegando en ocasiones  
a ser hasta de 16 días. La cifra promedio es baja por las pa-  
cientes que llegan ya en trabajo de aborto.

XVI.- La presencia de quistes tecalutéricos se detectó clínicam  
ente en 7 casos, correspondiendo al 12.9%; únicamente en un -  
caso se comprobaron tales tumores al practicar salpingoclasia -  
postaborto molar.

XVII.- El tiempo de vigilancia promedio en el servicio fué - de 5.4 meses. La razón de este tiempo tan breve quedará aclarada al mostrar el porcentaje de abandono en la consulta de control.

XVIII.- En la vigilancia subsecuente se pudo llevar un control por medio de C.G.C. seriadas únicamente en 46 casos (86.1%).

8 pacientes carecieron de este estudio, correspondiendo al 14.81%. Se encontraron 12 titulaciones de C. G. C. positivas (14.8%), en 8 pacientes, de las cuales únicamente se negativizó a los 30 días, según se reporta en la literatura mundial.

XIX.- La valoración por medio de teleradiografía de tórax durante las consultas de control, se hizo en 47 pacientes (87.1%), quedando el 12.9% o sean 7 pacientes, sin encontrarse el resultado de este estudio radiográfico. De dicho seguimiento se detectaron los siguientes problemas:

- a) un caso de tuberculosis pulmonar (1.85%)
- b) un caso con nódulo solitario. (1.85%).
- c) un caso con imagen de metástasis de tejido trofoblástico. (1.85%).

XX.- El número de casos con persistencia, detectada por CGC,

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

fué en 9 casos (16.6%), habiendo necesidad de un segundo tratamiento, que fue el siguiente:

- a) Legrado uterino instrumental en 7 casos (12.9%).
- b) Histerectomía en 4 casos (7.4%), dos de ellas practicadas fuera de nuestra Unidad Hospitalaria.
- c) Biopsia de endometrio en un caso (1.85%).
- d) Laparotomía exploradora en un caso (1.85%).

XXI.- La quimioterapia, llevada al cabo en el servicio de Oncología de este centro hospitalario a base de metrotexate, actinomicina D y ciclofosfamida; ya sea solos o haciendo combinaciones de dos de ellos, se llevó al cabo en 7 pacientes (12.9%), teniendo una respuesta favorable.

XXII.- La evolución de nuestras pacientes fué de la siguiente forma:

- 1.- Evolución satisfactoria: 52 pacientes (96.2%).
- 2.- Evolución medianamente satisfactoria: 2 casos (3.7%); ya que estas pacientes tuvieron varios reingresos a la unidad hospitalaria, por hemorragia transvaginal o por dolor abdominal.

XXIII.- El resultado histopatológico fué el siguiente:

- 1.- Mola hidatiforme: 86 casos (92.4%).
- 2.- Mola invasora: 1 caso (1.07%).

3.- Tejido placentario: 2 casos (2.1%)

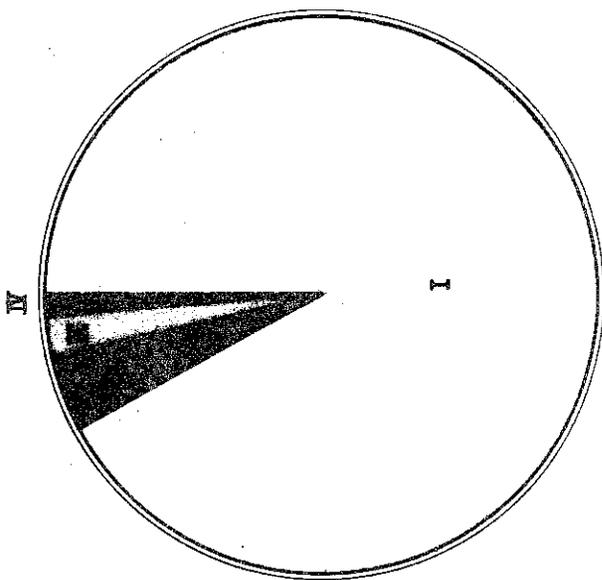
4.- Coriocarcinoma: 4 casos (4.3%).

XXIV.- El uso de anticonceptivos como método de control de la fertilidad posterior al tratamiento primario del embarazo molar, se hizo en 6 pacientes (11.1%).

XXV.- En este último párrafo de los resultados, hay que recalcar el gran número de pacientes que abandonan la consulta de control, 25 casos, (46.2%), quedando únicamente el 53.8% en control adecuado y pudiéndose considerar sanas o controladas hasta la actualidad.

# REPORTE HISTOPATOLOGICO

- 31 -



TESIS CON  
TALLA DE ORIGEN

- I - MOLA HIDATIFORME
- II - CARIOCARCINOMA
- III - TEJIDO PLACENTARIO
- IV - MOLA INVASORA

C O N C L U S I O N E S

32-A

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

I.- La frecuencia que se encontró en nuestra población, durante los 6 años de la revisión es menor a la reportada en el Hospital General de México de la SSA pero mayor a la del estudio practicado en el Hospital de Ginecoobstetricia No. 4 del IMSS.

II.- La mayor frecuencia por grupos de edades fué entre los 21 a 30 años. Lo que no concuerda con lo reportado en la literatura, donde se menciona que la edad más común es después de los 45 años, donde encontramos la menor frecuencia de este padecimiento.

III.-En la historia obstétrica se encontró que la mayor frecuencia estaba en las múltiparas y la recurrencia de embarazo molar correspondía a lo reportado por diferentes autores.

IV.- No se encontró antecedentes de manejo con inductores de la ovulación o inseminación artificial en la presentación de la mola hidatiforme.

- V.- Los síntomas más frecuentes fueron la hemorragia transvaginal y la hiperemesis. Aunque también debemos mencionar el crecimiento uterino rápido que ocurrió en mayor porcentaje a la reportada en la literatura. Este hecho subraya la obligación del médico de la consulta prenatal, el sospechar de un embarazo molar al encontrar un crecimiento - dispar a la amenorrea.
- VI.- La edad gestacional en que fueron diagnosticados los embarazos molares con más frecuencia fué de las 11 a las 20 - semanas. Lo que concuerda con lo reportado por la mayoría de los autores.
- VII.- El resultado de la cuantificación de gonadotropinas coriónicas se podría clasificar como sospechoso sólo en un grupo pequeño de los casos. Por lo que el método no es confiable si se toma como único elemento.
- VIII. La radiografía simple de abdomen se practicó en un grupo - minoritario de los casos. Pero en la totalidad de ellos -

se menciona la ausencia de partes fetales, haciendo sospechar embarazo molar. En ningún caso se practicó amniografía o arteriografía.

IX.-La ultrasonografía tuvo una efectividad menor a lo reportado en los estudios mencionados en los antecedentes, pero - haciendo notar que a partir de 1979 todos los casos en que se practicó la ecocsonografía, el diagnóstico de embarazo - molar fué correcto.

X.- El manejo por excelencia fué el legrado uterino instrumentado, lo que no está de acuerdo con los últimos reportes - de la literatura, ya que se aconseja sea el legrado por - aspiración, lo que no es posible en nuestro servicio por carecer del equipo adecuado desde hace más de dos años. Por ello se ha tenido que recurrir a la inductoconducción - de embarazos molares, con el consiguiente riesgo de la - embolización de trofoblasto. Y asimismo la necesidad de recurrir con más frecuencia a la quimioterapia.

- XI.- El tiempo de internamiento promedio aparentemente es -  
pequeño, pero está deformado por el número de pacientes-  
que llegaron en trabajo de aborto avanzado.
- XII.- La presencia de quistes tecalutefínicos detectados clíni-  
camente fué menor en comparación a los reportes mundiales.
- XIII. De los 7 casos de persistencia, cuatro habían sido maneja-  
dos con inductoconducción antes del tratamiento primario.  
Haciéndose necesaria la quimioterapia, con lo que hubo —  
una respuesta favorable en todos los casos.
- XIV. El tiempo de vigilancia promedio es pobre por el gran nú-  
mero de pacientes que abandonan la consulta de control —  
posterior al tratamiento primario.
- XV.- El reporte histopatológico de coriocarcinoma posterior a  
embarazo molar es en porcentaje un poco menor a lo repor-  
tado por Novak.

XVI.- Podemos decir que el control de nuestras pacientes es deficiente, ya que sólo en un muy bajo porcentaje de los casos se orientó a la paciente a un adecuado control de la fertilidad, que debe ser de 1 a 2 años.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

37

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

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

37-A

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- 1.- Ang A. H.; Chan W. F.; Ng K.K. Amniography in the early — diagnosis of hydatidiform mole. Br. J. Radiol. Dec. 75; 48 (576) : 979-81.
- 2.- Ballas S. ; Peyer M. R.; Toaff R. Diagnosis of hydatidiform mole with and without coexistent fetus by nonstered image - echography. Obstet. Gynecol. 1977. Aug; 50 (2) : 182-5.
- 3.- Barone C. M. Ultrasonic diagnosis of hydatidiform mole with a coexistent fetus. Radiology 1978. Sep: 124 (3): 798.
- 4.- Benassayag J. L; Kutner J. P; Darbois Y; Hervet E. Diagnostic echography of a molar pregnancy with embryo. J. Gynecol. Obst. Biol. Reprod. (Paris). 1978. Apr; 7 (3 pt 2): 754-6.
- 5.- Cunningham M. E.; Walls W. J; Burk M. F. Grey-Scale ultrasonography in the diagnosis of hydatidiform mole with a coexistent fetus. Br. J. Obstet. Gynaecol. 1977. Jan; 84 (1): 73-6.
- 6.- Dewbury K. C.; Poll V. An unusual ultrasound appearance of a hydatidiform mole. Br. J. Radiol. 1977 Jun.: 50 (594): 443-4.
- 7.- Fleischer A. C.; James A. E. Jr; Krause D. A.; Millis J. B. Sonographic patterns in trophoblastic diseases. Radiology — 1978 Jan; 126 (1): 215-20.
- 8.- Gottesfeld K. R. Ultrasound in obstetrics Clin. Obstet. Gynecol.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

col. 1978 Jun; 21 (2) : 331-48.

- 9.- Javey R. Borezjani G.; Behmad S.; Langley F. A. Discrepancies in the histological diagnosis of hydatidiform mole. Br. J. Obst. Gynaecol. 1979 Jun; 86 (6) : 480-3.
- 10.- Käser V. Frieddberg; K. G. Ober. Ginecología y Obstetricia, España. Salvat Editores. 1971.
- 11.- Kobeyashi M. Use of diagnostic ultrasound in trophoblastic neoplasms and ovarian tumors. Cancer Jul. 76; 38 -- ( 1 SUPPL.): 441-52.
- 12.- Marouliis G. B.; Hammond C. B.; Johnsrude I. S. Arteriography and infunsonal chemotherapy in localized trophoblastic disease. Obstet Gynecol. Apr. 75; 45 (4) : 397-406.
- 13.- Martínez Pacheco Javier. Franco Solís M. Embarazo Molar Ginecol y Obst de Mex. Nov. 20, 28(25) 169 : 513.
- 14.- Novak. Jones. Jones. Tratado de Ginecología. México. Nueva Editorial Interamericana. 1971. 595-609 p.
- 15.- Robinson H. P. The diagnosis of early pregnancy failure by sonar. Br. J. Obstet Gynaecol. Nov. 75; 82 (11) : 849-57.



- 16.- Rubino S. M. Diagnosis of an intact hydatidiform mole - with coexistent fetus by amniography. *Obstet Gynecol.* Sep. 75; 46 (3) : 364-7.
  
- 17.- Sanders R. C.; Conrad M. R. Sonography in obstetrics. *Radiol. Clin. North Am.* Dec. 76; 12(3) : 435-66.
  
- 18.- Sauvage J.P.; Crane J.P.; Kopta M.M. Difficulties in the ultrasonic diagnosis of hydatidiform mole. *Obstet. Gynecol.* Oct. 74; 44 (4) : 546-50.
  
- 19.- Spirt B. A. Kagan E. H. Rozanski R. M. Sonolucent areas - in the placenta: sonographic and pathologic correlation. *A. J. R.* 1978 Dec: 131 (6) : 961-5.
  
- 20.- Stocker J.; Desjardins P.; Deleon A. Ultrasonography: its usefulness and reliability in early pregnancy. A review of 210 cases. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 15 Apr. 75; - 121 (8) : 1084-8.
  
- 21.- Stone M.; Bagshawe K.D. An analysis of the influences of maternal age, gestational age, contraceptive method, and the mode of primary treatment of patients with hydatidiform moles on the incidence of subsequent chemotherapy. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 1979. Oct; 86 (10): 782-92.

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- 22.- Stone S. C. Hydatidiform mole as a complication of artificial insemination. Am. J. Obstet. Gynecol. 1978 15 — Nov. 132 (6) : 696-7.
- 23.- Thompson H. E. Evaluation of the obstetric and gynecologic patient by use of diagnostic ultrasound. Clin. Obstet Gynecol. Dec. 74; 17 (4) : 1-25.
- 24.- Louis M. Hellman ; Jack A. Pritchard. Williams-Obstetricia. España. Salvat Editores. 1972. 491-508 p.
- 25.- Zamora Orozco J.; García Alonso A.; De Jesús Hdz. M; — Shor Pinsky; Karchner S. Ultrasonic diagnosis of molar pregnancy. Correlation with other diagnostic methods. Ginecol. Obst. Mex. 1979. Jul; 46 (273): 1-8.
- - -