

INCIDENCIA DE MOLA HIDATIFORME Y COMPLICACIONES EN EL HOSPITAL OBRERO N° 5, POTOSÍ (GESTIONES 2001-2005)

Asesores: Dr. Raúl Velásquez Torrez
Dr. José H. Ricaldi Pinto

Autores: Castro Bellido V, Lafuente Mamani R, Mamani Gutiérrez A, Ricaldi Pinto I.

RESUMEN:

La mola hidatiforme es una patología que se presenta raramente es por eso que sus complicaciones no son tomadas en cuenta en la magnitud con la que se presentan: La pregunta fue: ¿Cuál es la incidencia de la mola hidatiforme y sus complicaciones, en el servicio de ginecología del Hospital Obrero No 5 de la ciudad de Potosí en las gestiones 2001-2005? Los objetivos fueron: Determinar en que grado son mas frecuentes las complicaciones de la mola hidatiforme y su incidencia. Conocer el grupo etario y determinar el signo sintomatología más frecuente, demostrar la forma más habitual de diagnóstico. La hipótesis fue: La incidencia de la mola hidatiforme, en relación al grado de paridad de las mujeres; sus complicaciones tienen una mínima presentación por el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno. El tipo de estudio concernió a un estudio Hipotético – deductivo, por que nos permitió analizar cada expediente en particular y de análisis - síntesis ya que nos permitió describir los elementos esenciales y los rasgos característicos de nuestro objeto de estudio. Se trata de un diseño experimental y un estudio de tipo lineal, retrospectivo, descriptivo, y analítico de la incidencia y las complicaciones de la mola hidatiforme. Los resultados demuestran que la incidencia de esta patología es baja al igual que sus complicaciones, además esta relacionada con multiparidad, la clínica es esencialmente en un principio poco revelador. Un tratamiento de mayor elección es el legrado uterino.

Palabras Clave: Mola Hidatiforme, Complicaciones, Incidencia, Histerectomía

INTRODUCCION

Formulación simplificada de las relaciones de 2 o más datos de una incidencia epidemiológica. Mola hidatiforme, enfermedad trofoblástica gestacional por alteraciones benignas y malignas, caracterizada por proliferación de células sincitiales y langunas del trofoblasto, degeneración hidrópica de las vellosidades coriales y por la producción de hormona gonadotropina coriónica humana (HGC) cuantificable.² La primera descripción de mola hidatiforme, fue de Cristóbal de Vega en el año 1564. En 1839 Cruveilhier describe la mola parcial, Marchand en 1895 impulsa y establece tres grupos de enfermedades trofoblásticas: mola vesicular o hidatiforme, mola destruens y corioepitelioma, afirmando taxativamente que la mola no es un tumor. Hertig y cols, describen en 1956 una continua evolución, comenzando por la mola parcial, pasando a mola completa y a mola invasiva y terminando en coriocarcinoma. En 1977 Kajii y cols, determinaron el origen paterno de la mola completa.³ El análisis genético indica; aun cuando los pronúcleos sean genéticamente equivalentes, funcionalmente pueden ser diferentes; esto se basa, en que los genes del padre regulan la mayor parte del desarrollo del trofoblasto, dado que en este tejido se forma aun en ausencia de pro-núcleo femenino.⁴ Se han considerado múltiples factores de riesgo, tales como: nutricionales dieta hipoproteica, baja en betacarotenos, ambientales, la raza, la edad materna y presencia de ETG previa, factores reproductivos, práctica anticonceptiva, tabaquismo, edad paterna, etc.⁵ La mola no es fácil de encontrar inicialmente, puede parecer un embarazo normal. Pero presenta hemorragia vaginal no menstrual, o si está embarazada y no siente el movimiento fetal, el médico realiza exámenes de palpación para detectar masas, deformaciones o cambios en el tamaño del útero, ecografía, análisis de sangre en busca de niveles altos beta HCG. ⁶, amenorrea, vómitos, sialorrea, palidez, ausencia de latidos fetales, perdidas hematinas, serosas, gestosis, dolores, hipertensión, albuminuria, edemas, subinvolucion uterina, hemorragia interna, expulsión de masa endurecida, altura uterina poco pronunciada, cifras hormonales bajas.⁷ Su frecuencia varia en las áreas geográficas, siendo mayor en los países orientales, Indonesia 1/85, mientras que en el occidente, EEUU es de 1/2000 embarazos. En México el 2000 fue de 1/521 embarazos. El riesgo, en la población general es de 1/1000 mujeres, si existe el antecedente de mola previa es de 1/74. La incidencia aumenta en los extremos de la vida reproductiva, siendo seis veces más

frecuente en adolescentes, y 400 veces en mayores de 50 años. En este último caso por la teoría del envejecimiento ovocitario como probable génesis de la enfermedad.⁸ En Venezuela incidencia fue de 1,4 por cada 1 000 embarazos, el 80 y 90 % de la molas, después de su evacuación, son benignas, un 10 % malignas y el 2,5 %, a coriocarcinoma. Las molas parciales evolucionan a coriocarcinoma, la administración prolongada de contraceptivos orales aumentan el riesgo a desarrollar tumores trofoblásticos. Es importante el seguimiento adecuado de los niveles de HCG durante los 6 a 12 meses posteriores a la evacuación.⁹ Legrado uterino, técnica quirúrgica con evacuación por raspaje, con el fin de extraer el material del interior del útero con una pequeña pinza. Histerectomía, intervención quirúrgica para extraer el útero. Quimioterapia, uso de medicamentos para eliminar las células cancerosas que están fuera del útero, por vía oral, intravenosa o intramuscular. Radioterapia, uso de rayos X de alta energía para eliminar células cancerosas y reducir tumores; radioterapia de haz externo, radioisótopos por radiación interna.¹⁰ Se utiliza Metrotexate a razón de 15 a 25 mg. día por 5 días intramuscular, comenzando dos días antes de la expulsión de la mola, la Dactinomicina de 7 a 10 mg/Kg./peso/día por 5 días, intravenosa.¹¹ Entre las variadas patologías que afectan a la mujer, la mola hidatiforme no ocupa un lugar despreciable, ya que sus complicaciones pueden afectar de manera determinante en la salud, llegando desde someterse a un legrado uterino, hasta la histerectomía y su evolución cancerígena (coriocarcinoma.). El estudio planteado nos ayudara a conocer la presentación de sus complicaciones y la incidencia de casos, para de esta manera poder realizar un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno de esta patología, ya que en nuestro medio no existen datos sobre el tema. Por lo que la pregunta objeto de estudio es: ¿Cuál es la incidencia de la mola hidatiforme y sus complicaciones, en el servicio de ginecología del Hospital Obrero No. 5 De la ciudad de Potosí en las gestiones 2001-2005?.

OBJETIVO GENERAL

Determinar en que grado son mas frecuentes las complicaciones de la mola hidatiforme y su incidencia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer el grupo atareó mas frecuente
- Determinar el signo sintomatología más frecuente
- Demostrar la forma mas frecuente de diagnostico
- Determinar el grado de paridad
- Demostrar el tiempo de evolución del cuadro

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La incidencia de los casos de mola hidatiforme es relativamente frente a otras causas de interacción, como aborto incompleto o amenaza de aborto, huevo muerto y retenido, el grupo etario de mayor interacción esta comprendido entre los 26 y 35 años, la complicación más impactante que se presentó fue la mola hidatiforme invasiva, llegando a la ectomía del órgano uterino, la sintomatología más frecuente fue el sangrado transvaginal, seguido de expulsión de vesículas, dolor abdominal y gestosis.

Las de mayor frecuencia encontrados fueron vulva manchada con sangre, sangre en cavidad vaginal, O.C.E. permeable al dedo, útero aumentado de tamaño, en cuanto se refiere al grado de paridad la mayor frecuencia estuvo representada por las multíparas. El diagnóstico de egreso clínico fue de aborto incompleto, seguido de mola hidatiforme, anatomía patológica confirmó el diagnóstico de mola hidatiforme parcial con mayor frecuencia, seguido del diagnóstico ecográfico, el tratamiento de mayor frecuencia fue el legrado uterino instrumental secundado por la histerectomía, fueron más numerosas en mujeres jóvenes primigestas quienes frecuentemente son recibidas en sala de urgencias por sangrado vaginal. Sólo el 5,5 % de esos embarazos evolucionó agresivamente y terminó en coriocarcinoma.

BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- Farreras V. P. Medicina interna. 14° edición. Italia: ediciones Harcourt, S.A.; 2000.1087-1092.
- 2.- Pacheco J. D., Alegre J., Paniagua G. Características clínicas y anatomopatológicas en mola hidatiforme, 1 Instituto de Patología de la UNMSM. 2 Instituto de Medicina Legal. 3 Hospital Nacional Dos de Mayo. p. 12-3.
- 3.- Rev. Ven. Gin. Obste. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, mola hidatidiforme. Actualizaciones. 2002; 0048-7732: 36-7.
- 4.- Sadler T.V.Lagman. Embriología Médica. Editorial Panamericana S.A.2003: 56-7.
- 5.- Rev. Ecu. Med. Revista de Postrado de la Cátedra VIa Medicina N° 105 - Junio/2004, (8) Artículos, Vol. 9: 22.
- 6.- Rev. Bras. Gin. Obste. Revista. Brasileira. Ginecología. Obstetricia. Fatores de risco para doença trofoblástica gestacional persistente, Artículos vol.27 no.6 Rio de Janeiro June 2005.p. 18-9.
- 7.- Gori M. R. Ginecología, 2ª edición Argentina, Ediciones el Ateneo.S.A.2000.53-5.
- 8.- Rev. Esp.Pat.Revista Española de Patología, Artículos Enfermedad trofoblástica gestacional, Aspectos clínicos y morfológicos. 2002; 35(2):23-5.
- 9.- Ezpeleta J. M, López A.C. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen del Camino, Pamplona Aspectos anatomopatológicos y clínicos de la mola hidatiforme 2004.
- 10.- Barrón I. R., Escudero de los Ríos S. P., García S. A. Morales A. S., Arenas L.S. Enfermedad trofoblástica Gestacional. Sep. / Oct. 2000; 9 (5).
- 11.- Schwaruz R.L. Obstetricia, 5ª edición. Argentina: Editorial el Ateneo S.A. 2000:188-9.