



**Universidad de Oriente  
Núcleo Bolívar  
Escuela de Ciencia de la Salud  
“Dr. Francisco Battistini Casalta”  
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**MOLA HIDATIFORME EN PACIENTES QUE ACUDIERON AL  
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**Asesor:  
Dr. Ezzat Saab**

**Trabajo de Grado presentado por:  
Br. D´silva Arrijoja, Ikeli Mercedes.  
C.I: 16.945.730  
Br. Mollegas Barrios, Kory Andreina  
C.I: 17.209.760**

**Ciudad Bolívar, Agosto de 2009**

## INDICE

|  |            |
|--|------------|
| <b>INDICE</b> .....                        | <b>ii</b>  |
| <b>AGRADECIMIENTOS</b> .....               | <b>iv</b>  |
| <b>DEDICATORIA</b> .....                   | <b>v</b>   |
| <b>DEDICATORIA</b> .....                   | <b>vii</b> |
| <b>RESUMEN</b> .....                       | <b>ix</b>  |
| <b>INTRODUCCION</b> .....                  | <b>1</b>   |
| <b>JUSTIFICACION</b> .....                 | <b>12</b>  |
| <b>OBJETIVOS</b> .....                     | <b>13</b>  |
| Objetivo General: .....                    | 13         |
| Objetivos Específicos:.....                | 13         |
| <b>METODOLOGIA</b> .....                   | <b>14</b>  |
| Tipo de estudio:.....                      | 14         |
| Universo:.....                             | 14         |
| Muestra: .....                             | 14         |
| Procedimientos:.....                       | 14         |
| Presentación y Análisis Estadístico: ..... | 15         |
| <b>RESULTADOS</b> .....                    | <b>16</b>  |
| Tabla 1: .....                             | 16         |
| Tabla 2: .....                             | 17         |
| Tabla 3: .....                             | 18         |
| Tabla 4: .....                             | 19         |
| Tabla 5: .....                             | 20         |
| Tabla 6: .....                             | 21         |
| Tabla 7: .....                             | 22         |
| <b>DISCUSION</b> .....                     | <b>23</b>  |
| <b>CONCLUSION</b> .....                    | <b>26</b>  |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>RECOMENDACIONES.....</b>            | <b>27</b> |
| <b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b> | <b>28</b> |
| <b>APENDICE.....</b>                   | <b>34</b> |

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos a nuestro profesor, tutor y gran amigo Ezzat Saab, por su asesoría y ayuda incondicional en todo momento. ¡Gracias padrino!

A la profesora Nolgida Villaroel, nuestra Co Asesora estadística, por brindarnos su valiosa orientación en el momento más oportuno.

A la doctora Rita Pérez, quien atentamente corrigió nuestro anteproyecto y nos manifestó los lineamientos a seguir para alcanzar el éxito durante la elaboración del proyecto.

A la Sra. Nelly del departamento de historias medicas del Hospital Universitario Ruiz y Páez, por habernos facilitado las historias requeridas para la realización del presente estudio.

A la Universidad de Oriente y sus profesores, en especial Juan San Martín, Henry Fernández, José Torres; por colocar un gran grano de arena en nuestra formación universitaria como médico y como persona.

## **DEDICATORIA**

A Dios por ayudarme a lograr esta meta, y compartirla con mis seres queridos.

A mis padres y amigos, Morela Yanez e Isidro Mollegas, por sus sacrificios incondicionales y servirme de apoyo en todo momento, guiándome siempre por el buen camino, logrando hacer hoy de mí lo que en un principio parecía ser un sueño difícil de alcanzar.

A mis hermanas; Isis y Kariana Mollegas que en todo momento me han brindado su apoyo y cariño.

A mis tíos y tías, quienes me han brindado sus cuidados, consejos y cariño, en especial a Omaira Flores y Eglier Yanez, a mis primas Eglee Yanez y Angy Barrios por crecer a mi lado y celebrar cada logro alcanzado, a mis abuelas Felicia Yanez y Sara Mollegas por quererme, consentirme y demostrarme lo especial que soy para ellas .

A mi novio Diego García por su ayuda incondicional en el día a día como estudiante, por hacer más agradable el vivir en Ciudad Bolívar lejos de mi familia, por su paciencia y constancia para que este logro lo celebremos juntos.

A mis amigas, a quienes considero como hermanas; Ikeli D´silva y Trinidad Carrasco que compartieron conmigo siete años llenos de alegrías, tristezas y estrés

que fueron necesarios para llegar a este momento; el mas soñado y esperado y a mis amigas Desiree Santiago y Yadelsis Lira por apoyarme y ayudarme en todo momento.

A mi amiga y suegra Nolgida Villaroel por brindarme cobijo, afecto y confianza incondicionalmente.

A mi profesor, tutor, padrino y amigo Ezzat Saab, por su gran apoyo y preocupación en mi desempeño como estudiante.

**Kory Mollegas.**

## **DEDICATORIA**

Primeramente a Dios y a la Virgen por haberme dado fortaleza espiritual durante este largo camino.

A mis padres Elimar Arrijoja y Ike D'silva por haberme inculcado valores y principios que hoy han hecho de mí una mujer de bien y una profesional. Gracias por acompañarme en este sueño y pese a las dificultades permitirme este logro.

A mi hermano Soland D'silva por ser mi ejemplo a seguir, y por hacerme sentir que estabas allí para mí.

A mi hermanito Iketo por toda esa felicidad que trajiste a mi vida.

Al amor de mi vida Arturo González, por tus constantes palabras de aliento y perseverancia durante mas de 5 años, por estar allí sin reproches esperando que terminara de estudiar, llegara un viernes o saliera de una guardia; esto también es para ti mi amor.

A mi tía Florangel Arrijoja, quien ha estado a mi lado brindándome un buen consejo en el momento oportuno.

A mis amigos Kory Mollegas, Trinidad Carrasco, Desire Santiago, Yadelsis Lira y Diego García; con quienes compartí fracasos, alegrías, horas de aburrimiento y harán que por un momento extrañe a Ciudad Bolívar.

A mi suegro, mi cuñada, mis primos, Morela, Milu y Carla por estar siempre pendiente de cada paso alcanzado.

Ikeli D'silva.

## **RESUMEN**

### **MOLA HIDATIFORME EN PACIENTES QUE ACUDIERON AL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

*Ikeli D´silva, Kory Mollegas. Hospital Universitario Ruiz y Páez, servicio de Ginecología y Obstetricia.*

La Mola Hidatiforme representa la variedad mas frecuente de Enfermedad Trofoblastica Gestacional, resultando una complicación relativamente frecuente de la gestación, pudiendo evolucionar a una enfermedad trofoblastica persistente y complicación fatal, el coriocarcinoma. El presente estudio se realizo con la finalidad de determinar la incidencia de Mola Hidatiforme en pacientes que acudieron al Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital “Ruiz y Páez” durante el periodo comprendido entre Enero 1997- Diciembre 2006. Esta investigación fue de tipo descriptivo-retrospectivo.

Se determino que el sangrado genital (66,66%), seguido por el dolor en hipogastrio (15,55%) fue la sintomatología presentada con mayor frecuencia, estableciéndose como síntomas característicos más no patognomonicos. De las gestantes afectadas el diagnostico se realizo con mayor frecuencia entre el primer (11-15) y segundo (16-20) trimestre del embarazo, gracias a la implementación precoz de métodos diagnósticos como la ecosonografía. El diagnostico de Mola Hidatiforme se realizo con mayor frecuencia empleando ecosonograma (84,44%),

mientras que para el (55,55%) se realizo a través de la cuantificación de los niveles de  $\beta$ -HCG en sangre, numero semejante al de las pacientes a las que se le realizo el diagnostico por estudio anatomopatologico (53,33%). El legrado uterino instrumental fue el método evacuador más utilizado en el Hospital Ruiz y Páez. La incidencia de Mola Hidatiforme en el Hospital Universitario Ruiz y Páez en un lapso de diez años (Enero 1997 - Diciembre 2006) fue de 0,7 x 1000 embarazos, cifras menores en comparación con otras investigaciones realizadas en países de América, así tenemos que en Colombia es de 3.73, Cuba 1, Brasil 1, Argentina 0.5, Paraguay 0.2 por 1000 embarazos.

Palabras Claves: Mola Hidatiforme, Legrado uterino.

## INTRODUCCION

La mola hidatiforme es un producto de la concepción que se caracteriza por una hiperplasia trofoblástica y por la tumefacción edematosa de las vellosidades coriónicas, cuyo diámetro oscila entre 0,1 y 3 cm, adquiriendo la morfología de bandas y cúmulos de vesículas, que confieren el típico aspecto de racimos de uvas. Esta patología representa la variedad mas frecuente de enfermedad trofoblastica gestacional <sup>1,2</sup>.

Al hablar de enfermedad trofoblastica gestacional, es interesante remontarse a datos históricos y evidenciar como desde la época de Hipócrates y Aetius ya se describía el embarazo molar. En el año 325- 403 d.c. Oribasius relata un caso en el que una mujer con un útero aumentado de tamaño, había parido una masa carnosa. A partir de esta época, se dieron diversos reportes de situaciones similares, y es en 1593-1674 cuando Nikolaas Tulpius de Amsterdam da la primera descripción exacta de un embarazo molar. Aunque la identificación de vellosidades hidrópicas se atribuye independientemente a Alfredo Armando Velpau y a una célebre comadrona María Ana Victoria Boivin. Finalmente después de muchos avances en el tema, la etiología de mola hidatiforme queda bien establecida en el siglo XIX por Virchow. El reconocimiento de que podía producirse su malignización es más reciente (Siglo XIX). Desde ese entonces se reconocía al coriocarcinoma como uno de los tumores con mayor agresividad del cuerpo humano <sup>2,3</sup>.

Se conoce con el nombre de enfermedad trofoblástica gestacional a un conjunto de procesos benignos y malignos poco habituales, derivados de una proliferación anormal del trofoblasto de la placenta humana (hiperplasia) y del genoma paterno, con una contribución materna ocasional <sup>1</sup>.

El trofoblasto es un tejido único que se origina a partir de la masa celular exterior del embrión antes de la implantación y es la estructura de fijación física al endometrio. Además esta desprovisto de antígenos de histocompatibilidad mayor y sistema de grupo sanguíneo ABO lo que lo vuelve invulnerable al rechazo inmunitario materno; siendo capaz de sintetizar y secretar grandes cantidades de gonadotropina corionica humana (HCG), sirviendo como marcador tumoral sensible que se correlaciona bien con la progresión y persistencia de la enfermedad, excepto el TSP que produce lactógeno placentario (hPL) <sup>1,4</sup>.

La incidencia de mola hidatiforme es variable. Según la OMS esta debe ser estimada tomando en cuenta el número total de casos de mola en un período de tiempo específico como numerador y el total de embarazos (nacidos vivos, nacidos muertos y abortos conocidos) en el mismo lapso de tiempo como denominador. Su incidencia se reporta en 1,5 cada 1000 embarazos para USA y Europa, mientras que para ciertas regiones en Asia y Oceanía se comunican incidencias de hasta 1/125 embarazos <sup>2,5,6</sup>.

Existe una notable variación geográfica en la incidencia de mola hidatiforme, con tasas 5 a 15 veces mas altas en el lejano oriente y el sureste de Asia en comparación con naciones occidentales industrializadas. Esta variación puede explicarse en buena medida por la metodología de los estudios que comunican la incidencia de gestación molar. Las diferencias raciales también pueden explicar algunas de las variaciones geográficas, como lo sugiere la observación de que las inmigrantes japonesas en Hawái tienen una incidencia de gestación molar intermedia entre las hawaianas y japonesas nativas. También pueden ser relevantes los factores nutricionales, como la deficiencia de proteína o grasa animal y de caroteno liposoluble <sup>7</sup>.

En los países de América la incidencia varía de 0.5 – 8/ 1000 embarazos, así tenemos que en Colombia es de 3.73, Cuba 1, Brasil 1, Argentina 0.5, Paraguay 0.2 por 1000 embarazos. En Venezuela se calcula en 1/1000 embarazos; sin embargo al comparar la incidencia de algunos centros de salud esta resulta variable. En el Hospital Central de Valencia es de 1.32/1000, en el Hospital Central de Maracay 0.40/1000, en la Maternidad Concepción Palacios de Caracas 0.94/1000 embarazos. En el Hospital Universitario de Caracas es de 1.55/1000. En el Hospital Universitario Ruíz y Páez (Ciudad Bolívar) se encontró 1 mola por cada 1000 embarazos<sup>4,8</sup>.

En Venezuela la distribución por grupos etarios oscila entre 14 y 43 años como edades extremas. Se ha reportado que el rango de edad con mayor frecuencia se ubicó entre los 16 y 30 años. En una revisión de 13 centros hospitalarios venezolanos se expresa que la prevalencia de la mola en nuestro país es mayor en pacientes jóvenes<sup>8</sup>.

Se consideran factores de riesgo una gestación molar previa aumentando el riesgo de desarrollar un embarazo molar posterior de 1 en 50 embarazos; después del segundo embarazo molar el riesgo es de 1 en 6; y con el tercero el riesgo es tan alto como 1:2. El riesgo de desarrollar mola parcial o completa aumenta en mujeres con un aborto espontáneo previo; siendo 2.3 veces mayor que en mujeres sin este antecedente. La clase socioeconómica baja, hemogrupo A casada con hemogrupo O, paciente menor de 20 años o mayor de 45, y edad paterna. La gestación gemelar previa, la paridad elevada y la malnutrición deben igualmente incluirse dentro de los factores de riesgo<sup>2, 7, 8, 9,10</sup>.

La incidencia de mola parcial es desconocida, posiblemente porque muchos casos no son diagnosticados por estudios histológicos pues se escapan en abortos espontáneos o en las interrupciones<sup>11</sup>.

La patogénesis explica que durante el proceso de fecundación es necesaria tanto la contribución materna como la paterna para el mantenimiento del balance en el desarrollo de los tejidos embrionarios y extraembrionarios, la disrupción en dicho balance, lleva a la proliferación hiperplásica del trofoblasto. Hallazgos como el aumento en la expresión de oncoproteínas como p53, c-fms, c-myc, c-erbB2, bcl-2, p21, Rb y Mdm2, sugieren su posible relación con la patogénesis del embarazo molar. Igualmente se ha evidenciado incremento en la expresión del receptor del factor de crecimiento epidérmico en el citotrofoblasto y sincitiotrofoblasto y el c-erbB3 lo cual se ha relacionado con el posterior desarrollo de neoplasia trofoblástica gestacional<sup>6,3</sup>.

En un estudio se realizó el mapeo de molas hidatiformes familiares para un locus recesivo materno determinándose con precisión un gen el NALP7 de origen materno, que se asocia con la entidad patológica. De hecho, se hallaron cinco mutaciones diferentes en el NALP7 en los individuos afectados. El NALP7 pertenece a la familia de proteínas CATERPILLAR, la que está involucrada en la inflamación, la apoptosis, siendo este responsable del aborto espontáneo recurrente, los nacimientos de feto muerto, y de retardo del crecimiento intrauterino<sup>12</sup>.

La clasificación vigente de las enfermedades trofoblástica propuesta por la Organización Mundial De La Salud consiste en: Lesiones molares y no molares. Dentro de las lesiones molares esta en primer lugar la Mola Hidatiforme que puede ser completa o parcial y la Mola Invasiva. Las que corresponden al grupo de las no molares son, el coriocarcinoma, tumor trofoblastico del sitio de implantación placentaria, tumor trofoblastico epiteloide, tumores trofoblasticos misceláneos diferenciándose este ultimo en reacción exagerada en el sitio de implantación placentaria y nódulo en el sitio de implantación placentaria<sup>2</sup>.

La variedad de mola hidatiforme más fácilmente identificable es la completa o clásica, en mas del 90% de los casos tiene su origen en la fecundación de un ovulo vacío anucleado por un espermatozoide 23X el cual sufre una división después de la penetración resultando un cariotipo 46XX, conocida como fecundación monospermica. Más raramente, el óvulo vacío es fecundado por dos espermatozoides separados con carga genética independiente, 23X y 23Y, siendo el cariotipo 46XY proceso que se conoce como fecundación dispérmica <sup>1, 3, 14, 15</sup>.

Basados en esto, es claro entonces que la mola hidatiforme completa es genéticamente androgénica, donde su cariotipo predominante 46XX o 46XY es de origen paterno únicamente en la cual no es posible la identificación de tejido fetal o embrionario. Típicamente las evacuaciones de mola hidatiforme completa muestran especímenes voluminosos con cambios hidrópicos. Histopatológicamente se caracteriza por edema generalizado de las vellosidades coriónicas, hiperplasia trofoblástica difusa, vasos sanguíneos vellosos generalmente ausentes y evidencia de atipia difusa en el sitio de implantación del trofoblasto <sup>1, 3, 13</sup>.

La mola hidatidiforme parcial es genéticamente diferente a la mola hidatiforme completa, ya que es el resultado de una fertilización dispérmica de un óvulo normal y dos espermatozoides, existiendo entonces dos grupos de cromosomas paternos y un grupo de cromosomas maternos, conformándose de esta forma un cariotipo triploide. Este tipo de embarazo molar, presenta al mismo tiempo características de una placenta de desarrollo normal y de una mola hidatiforme completa, con una gama de vellosidades desde normales a quísticas mientras que la hiperplasia trofoblástica es sólo focal y por lo general afecta a la capa sincitiotrofoblástica y se asocia con el festoneado del contorno de las vellosidades y la presencia de inclusiones trofoblásticas en el estroma. En algunos casos de mola hidatiforme parcial está presente el feto, pero su desarrollo es casi siempre anormal, y aunque en la mayoría de los casos el feto no está presente, puede deducirse la existencia de desarrollo fetal

por la demostración de hematíes nucleados en los vasos sanguíneos de las vellosidades, es decir fetales <sup>1,3</sup>.

El síntoma más frecuente durante el embarazo en las pacientes con mola es la hemorragia, asociado en ocasiones con anemia, y se debe a la separación del tejido molar de la pared uterina. Además presentan hiperemesis severa y preeclampsia, siendo ésta muy sugerente de la enfermedad cuando aparece antes de las 20 semanas de gestación. Sólo el 12 a 27% de las molas hidatiformes se complica con hipertensión inducida por el embarazo. La endotelina 1 y el óxido nítrico tendrían un papel destacado en la fisiopatología de la preeclampsia, pero diversos estudios comunican que la expresión de RNAm, de endotelina 1 y su receptor ET-A y de óxido nítrico son similares en la placenta normal y en la mola <sup>8,16</sup>.

Excepcionalmente puede observarse el hipertiroidismo esto se debe a que la HCG intacta (hCGi), de alta estabilidad y máxima actividad biológica, esta compuesta por dos subunidades, alfa y beta donde la subunidad alfa, es común a LH, FSH y TSH, resultando ser un estimulador de la función tiroidea <sup>8,17, 18</sup>.

Con el uso de la ecografía se puede permitir el diagnóstico antes de que se inicien los síntomas, que para la mola completa sucede a las 6 a 8 semanas y para la parcial entre las 16 a 18 semanas <sup>1, 8, 13, 14,16</sup>.

El hallazgo en el examen ginecológico de un útero de mayor tamaño al que corresponde por amenorrea ha sido encontrado en un 50% causado por el volumen del tejido coriónico y existencia de coágulos retenidos dentro de la cavidad, que se correlaciona con los niveles de HCG; la tercera parte de las pacientes con mola completa presentan quistes tecaluteínicos, a veces mayores de 6 cm, generalmente bilaterales, multiloculares y que contienen fluidos sanguinolentos. La génesis de éstos, sería una respuesta anormal a la atresia folicular en los ovarios por los altos

niveles de HCG (superiores a 100.000 mUI/ml) y suelen desaparecer espontáneamente tras la evacuación de la mola, a los 2-3 meses, pudiendo requerir tratamiento si se asocian con hemorragia y/o dolor agudo por rotura o torsión <sup>1, 3, 13, 14, 16</sup>.

La mola parcial, que representa entre un 10-20% de las molas hidatiformes, suele manifestarse en la clínica más tardíamente que la mola completa, y lo hace a finales del primer trimestre o a lo largo del segundo, como una amenaza de aborto. El útero suele corresponder o ser menor que el tiempo de amenorrea, siendo similares pero menos frecuentes los síntomas asociados. Casi todas se presentan con un embrión muerto al final del primer trimestre. La situación de feto vivo con ecografía sugestiva de mola, es compleja por las alteraciones cromosómicas de estos fetos; se debe realizar el diagnóstico diferencial con el aborto, el embarazo ectópico, la gestación múltiple y el hidramnios; el diagnóstico anatomopatológico del legrado es definitivo <sup>1, 3</sup>.

Para el diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional se debe tener en cuenta los niveles de HCG en conjunto con la ultrasonografía como método más utilizado, así como el ultrasonido Doppler y el estudio histopatológico de la muestra obtenida al momento de la evacuación de la mola. Los niveles de HCG son la herramienta diagnóstica que confirma y correlaciona los hallazgos clínicos y ecográficos con el diagnóstico de mola hidatiforme completa o mola hidatiforme parcial, además nos permite establecer cuales serán las medidas terapéuticas que se aplicaran <sup>3, 14, 16, 19, 20, 21</sup>.

En el embarazo normal sus valores se incrementan progresivamente hasta alcanzar las 100.000mUI/ml en la semana 12, para después ir descendiendo, cifras de gonadotropinas por encima de 100.000 mUI/ml en el primer trimestre sugieren el diagnóstico de mola completa, cifras inferiores se encuentran en la mayoría de las

molos parciales, aunque su curva siempre debe compararse con la obtenida en el embarazo normal, para la misma edad gestacional, laboratorio y método<sup>3, 14, 15, 16, 19, 20, 21</sup>.

La implementación de la ultrasonografía a edades gestacionales tempranas (primer trimestre) como parte de programas de control prenatal, ha hecho posible el diagnóstico temprano del embarazo molar, a una edad gestacional promedio de 8.5 semanas. A pesar de esto su utilidad es limitada, ya que a esta edad gestacional la mola aún no presenta características macroscópicas evidentes o son evacuadas muy temprano<sup>3, 22</sup>.

Las características ultrasonográficas de la mola hidatiforme completa son: Útero grande no concordante con edad gestacional, múltiples áreas hipocogénicas de 3 a 10 mm de diámetro, aspecto ecográfico vesicular “lluvia de nieve”. No se identifica feto o membranas amnióticas<sup>3, 23</sup>.

Y los hallazgos ultrasonográficos de la mola hidatiforme parcial son: Útero normal o pequeño, espacios quísticos focales en tejido placentario y aumento del diámetro transversal del saco gestacional, presencia de tejidos fetales<sup>3, 23</sup>.

Las molos hidatiformes completas tempranas aquellas entre 6.5 a 8.5 y 12 semanas carecen de dos criterios histopatológicos fundamentales; el edema universal de las vellosidades coriales y las cisternas centrales. Sin embargo el diagnóstico puede sustentarse en otros hallazgos tales como: la presencia de una población uniforme de vellosidades, caracterizadas por mostrar una forma poligonal e inusualmente alargada con un estroma extremadamente celular con abundantes células estrelladas de color azulado y de aspecto mixoide<sup>8</sup>.

La mola hidatiforme parcial es diagnosticada según los siguientes criterios histopatológicos; presencia de dos poblaciones de vellosidades coriales, unas pequeñas, fibrosas con apariencia de vellosidades normales inmaduras; otras grandes, irregulares y edematosas; vellosidades coriales de 3-4 mm con cavitación central; vellosidades coriales irregulares con bordes geográficos e inclusiones de trofoblasto e hiperplasia focal del trofoblasto, principalmente del sincitiotrofoblasto. Estas características histopatológicas son consideradas actualmente como criterios diagnósticos mayores para la mola parcial. Aunado a estos hallazgos se describe la evidencia histológica de desarrollo fetal incluyendo la presencia de vasos sanguíneos en el estroma de la vellosidad corial, amnios, cordón umbilical, disco coriónico y tejidos fetales <sup>8</sup>.

EL uso de estudios citogenéticos y análisis de polimorfismos de ADN microsatélite o Short Tandem Repeats (STR) son de gran ayuda para el diagnóstico. La gran mayoría de las molas completas muestran un patrón diploide o tetraploides por la existencia de 46 XX ó 92 cromosomas proveniente del padre. Ello contrasta con el hallazgo de una triploidía 69 cromosomas provenientes de ambos padres como sería el caso de la mayoría de las molas parciales. El diagnóstico diferencial entre el aborto hidrópico, la mola completa, la mola parcial y las triploidías no molares, en ocasiones, puede hacerse sólo determinando el origen paterno del tejido en cuestión <sup>2, 16, 18, 20</sup>.

Las complicaciones que se pueden presentar durante el embarazo molar son las siguientes: Taquicardia y taquipnea luego de la evacuación de la mola situación explicable por el paso del tejido trofoblastico a los senos venosos uterinos. Disfunción cardiaca explicada por hipertensión arterial, hipertiroidismo, sobrecarga de líquidos y anestesia. Cifras de hemoglobina menores de 10 gr/ dl presentes en un 50% de las pacientes. La coagulación intravascular diseminada puede desarrollarse causada por la liberación de sustancias tromboblasticas por parte del tejido molar que

al pasar a la circulación materna producen un consumo de plaquetas y depleción del fibrinógeno <sup>21</sup>.

El tratamiento de la enfermedad trofoblástica gestacional se divide en dos etapas; evacuación y seguimiento: antes de evacuar la mola se debe evaluar el estado general de la paciente y si presenta o no patologías concomitantes. Toda paciente a la que se le sospeche un embarazo molar se le debe realizar: medición de niveles de  $\beta$ -HCG, cuadro hemático, perfil de coagulación, hemoclasificación, pruebas de función renal y hepática y rayos X de tórax para buscar enfermedad metastásica. Una vez estabilizada la paciente, se inicia la evacuación, el método preferido es el legrado por aspiración independiente del tamaño uterino y en mujeres que desean conservar la fertilidad. El material aspirado se envía a estudio histológico, luego se realiza raspado mediante cucharilla para obtener tejido endometrial que se envía separado del material aspirado <sup>3, 21</sup>.

La indicación precisa de histerectomía es en mujeres con paridad satisfecha que desean la esterilización y que no posean contraindicaciones quirúrgicas, mayores de 40 años y con evidencias de perforación uterina o sepsis, previniendo la invasión local pero no las metástasis porque es imperativo un adecuado control de gonadotrofinas. Los quistes tealuteinicos presentes se punzan conservando los ovarios. A las gestantes Rh - se les debe administrar inmunoglobulina anti-D en las primeras 48-72 horas tras la evacuación <sup>15, 20, 21</sup>.

La monoquimioterapia con metotrexate, actinomicina D, y etopósido es efectiva en casi el 100% de estas pacientes. La quimioterapia profiláctica puede ser beneficiosa en pacientes con mola completa cuando la determinación de  $\beta$ -HCG no pueda realizarse o no esté disponible para controlar la involución o la persistencia de la enfermedad, sin embargo para algunos autores no se ha establecido el beneficio de la misma debiendo ser omitida del plan de tratamiento. Las pacientes que reciben

quimioterapia profiláctica pueden tener un proceso reproductivo normal en el futuro  
14, 20, 24.

Para el seguimiento es importante determinar los niveles de la  $\beta$ -HGC en orina de 24 horas o técnicas de radioinmunoanálisis sérico, se realizan controles cada semana hasta que presente tres títulos negativos ( $<5$  mUI/ml) durante tres semanas consecutivas, luego controles mensuales durante seis a doce meses desde el primer título normal. Control ginecológico y ecográfico seriado, valorando fundamentalmente, el tamaño y la consistencia del útero y la aparición de metrorragia. Se practicarán a las dos semanas de la evacuación y después, cada tres meses y el estudio radiológico torácico, la periodicidad del mismo dependerá de la evolución clínica y analítica de cada paciente<sup>14, 15</sup>.

Se recomiendan entre 6 a 12 meses de anticoncepción en el embarazo molar no complicado y hasta dos años en el caso de enfermedad trofoblástica de la gestación metastásica y de alto riesgo. Al concluir cualquier futuro embarazo, la placenta o el producto de la concepción deben ser sometidos a estudio histológico y los niveles séricos de  $\beta$ -HGC deben titularse hasta seis semanas después del término de la gestación con la finalidad de excluir coriocarcinoma posparto<sup>25</sup>.

Casi el 75% de las pacientes con diagnóstico inicial de mola hidatiforme tendrán evolución con resolución espontánea después de dilatación y legrado uterino. Pero el 15%- 20% desarrollara después enfermedad invasiva local, en tanto que el 3%- 5% tienen lesiones metastásicas<sup>4</sup>.

Por el aumento en la incidencia de mola hidatiforme y porque representa una complicación del embarazo que puede malignizarse, se investigara la casuística de esta patología en mujeres embarazadas atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario “Ruiz y Páez” de Ciudad Bolívar.

## **JUSTIFICACION**

La Mola Hidatiforme ocupa el primer lugar dentro de las neoplasias trofoblásticas gestacionales y representa una complicación relativamente frecuente del embarazo; siendo esta una causa usual de consulta y hospitalización en el servicio de Ginecología y Obstetricia; por tanto resulta de interés realizar una revisión y estudio retrospectivo durante un periodo de 10 años, para determinar estadísticamente la frecuencia de dicha patología.

Considerando la notable variación geográfica en la incidencia de mola hidatiforme y la ausencia de un estudio similar en la región en los últimos años, se considera necesario un estudio que sirva de referencia para comparar los resultados obtenidos con los de años anteriores; y con otros centros de salud a nivel nacional y mundial.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General:**

Determinar la incidencia de Mola Hidatiforme en pacientes que acudieron al Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital “Ruiz y Páez” durante el periodo comprendido entre Enero 1997- Diciembre 2006.

### **Objetivos Específicos:**

1. Determinar la edad promedio de las pacientes en la cual se presenta la mayor cantidad de casos de Mola Hidatiforme.
2. Sintomatología más frecuente que presentan las pacientes con Mola Hidatiforme.
3. Relacionar la aparición de Mola Hidatiforme con la edad gestacional.
4. Precisar los métodos diagnósticos utilizados para Mola Hidatiforme.
5. Determinar cual es el método de evacuación molar más utilizado.
6. Determinar el número de legrados uterinos ejecutados en el tratamiento de la Mola Hidatiforme.

## **METODOLOGIA**

### **Tipo de estudio:**

Se tratara de un estudio retrospectivo y descriptivo.

### **Universo:**

Estará constituido por todas las pacientes en estado gestacional que acudieron al Complejo Hospitalario Ruiz y Páez de Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, durante el periodo comprendido entre Enero 1997 – Diciembre 2006.

### **Muestra:**

Incluirá todas las pacientes con diagnóstico de mola hidatiforme que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz Y Páez de Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, durante el periodo comprendido entre Enero 1997 – Diciembre 2006.

### **Procedimientos:**

Con previa autorización por escrito del Departamento de Historias medicas del Hospital Universitario Ruiz y Páez accederemos a las historias clínicas de las pacientes que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia en el periodo Enero 1997 – Diciembre 2006 con el diagnóstico de mola hidatiforme; de esta forma obtendremos los datos necesarios para la realización del presente estudio, los cuales serán recopilados mediante el uso de una ficha de recolección de datos elaborada por las tesisas, la cual se encuentra anexada en el apéndice. Con el uso de este instrumento se conocerá la fecha en que se le realizo el diagnóstico de mola

hidatiforme, así como el número de historia y el número de caso al que corresponde el diagnóstico; de igual forma se obtendrán datos referentes a las pacientes entre ellos la edad, lugar de residencia, es decir si vive en una zona rural o urbana. En relación a los antecedentes ginecológicos relacionados con la patología se precisará la fecha de última regla, existencia de embarazo gemelar y el motivo por el cual consulta. También se indagará el diagnóstico clínico de ingreso, el diagnóstico ecográfico, el diagnóstico hormonal, el anatomopatológico y si cuenta con estudios complementarios como radiografía de tórax que permitan un mejor estudio de la paciente. Precisaremos la frecuencia y método terapéutico más empleado en mola hidatiforme, entre ellos están la histerectomía, curetajes, curetaje mas aspiración, uso de oxitócicos antes, durante y después. Finalmente conoceremos si hubo control post evacuación, el número de estos y si se indica anticoncepción y su tipo. Una vez vaciada y procesada la información podremos analizar los resultados para su posterior presentación.

### **Presentación y Análisis Estadístico:**

Los datos recolectados de la muestra mediante el formato anexo, se expresarán en tablas de distribución de frecuencia, además se utilizará la fórmula de estadística descriptiva (media aritmética) para calcular la edad promedio de las pacientes con mola.

## RESULTADOS

**Tabla 1:**

Incidencia de Mola Hidatiforme. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar. Enero 1997- Diciembre 2006.

| <b>Año</b>   | <b>N° de pacientes con mola</b> | <b>Embarazos</b> | <b>Incidencia</b> |
|--------------|---------------------------------|------------------|-------------------|
| 1997         | 4                               | 7.432            | 0,5               |
| 1998         | 7                               | 6.745            | 1,0               |
| 1999         | 6                               | 6.400            | 0,9               |
| 2000         | 3                               | 6.159            | 0,4               |
| 2001         | 0                               | 5.588            | 0                 |
| 2002         | 4                               | 5.397            | 0,7               |
| 2003         | 6                               | 5.846            | 1,0               |
| 2004         | 6                               | 5.351            | 1,1               |
| 2005         | 6                               | 4.549            | 1,3               |
| 2006         | 3                               | 4.699            | 0,6               |
| <b>Total</b> | <b>45</b>                       | <b>58.166</b>    | <b>0,7</b>        |

Fuente: Archivo de Historias Médicas, Hospital Universitario Ruiz y Páez.

En un principio el total de historias medicas a revisar era de 70, debido a la humedad, filtración, entre otros, del área de almacenamiento, hubo perdida de datos que incluye parte de los años en estudio y por completo al año 2001, por lo que solo se trabajo con datos de 45 historias en total.

**Tabla 2:**

Edad promedio de pacientes con Mola Hidatiforme. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar. Enero 1997-Diciembre 2006.

| <b>Edades</b><br><b>Li - Ls</b> | <b>N° de pacientes</b><br><b>Fi</b> | <b>Edad /2</b><br><b>Xi</b> | <b>N° pacientes x</b><br><b>(Edad/2)</b><br><b>Fi x Xi</b> |
|---------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|--|
| 12-16                           | 10                                  | 14                          | 140  |
| 17-21                           | 12                                  | 19                          | 228  |
| 22-26                           | 6                                   | 24                          | 144  |
| 27-31                           | 8                                   | 29                          | 232  |
| 32-36                           | 3                                   | 34                          | 102  |
| 37-41                           | 3                                   | 39                          | 117  |
| 42-46                           | 2                                   | 44                          | 88   |
| 47-51                           | 1                                   | 49                          | 49   |

Fuente: Archivo de Historias Médicas, Hospital Universitario Ruiz y Páez.

Se utiliza estadística descriptiva (media aritmética), para establecer la edad promedio de las pacientes con Mola Hidatiforme.

**Tabla 3:**

Sintomatología de Mola Hidatiforme. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar. Enero 1997- Diciembre 2006.

| <b>Signos y Síntomas</b> | <b>N° de pacientes con mola</b> | <b>Porcentaje %</b> |
|--------------------------|---------------------------------|---------------------|
| Sangrado vaginal         | 30                              | 66,66               |
| Dolor en hipogastrio     | 7                               | 15,55               |
| Expulsión de vesículas   | 1                               | 2,22                |
| Asintomática             | 13                              | 28,88               |

Fuente: Archivo de Historias Médicas, Hospital Universitario Ruiz y Páez.

El excedente de la muestra en la siguiente tabla se debe a la presencia de más de un síntoma en un mismo caso de Mola Hidatiforme.

**Tabla 4:**

Edad gestacional con Mola Hidatiforme. Departamento de Ginecología y Obstetricia.  
Hospital Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar. Enero 1997- Diciembre 2006.

| <b>Semanas de gestación</b> | <b>N° de pacientes con mola</b> |
|-----------------------------|---------------------------------|
| 6 - 10                      | 11                              |
| 11 - 15                     | 16                              |
| 16 - 20                     | 14                              |
| 21 - 25                     | 0                               |
| 26 - 30                     | 1                               |
| 31 - 35                     | 3                               |

Fuente: Archivo de Historias Médicas, Hospital Universitario Ruiz y Páez.

**Tabla 5:**

Método diagnóstico de Mola Hidatiforme. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar. Enero 1997-Diciembre 2006.

| <b>Método diagnóstico</b> | <b>N° de pacientes con mola</b> | <b>Porcentaje %</b> |
|---------------------------|---------------------------------|---------------------|
| Ecosonograma pélvico      | 38                              | 84,44               |
| HCG en sangre             | 25                              | 55,55               |
| Anatomo patológico        | 24                              | 53,33               |
| Clínica                   | 1                               | 2,22                |

Fuente: Archivo de Historias Médicas, Hospital Universitario Ruiz y Páez.

En este caso para establecer el diagnóstico de mola hidatiforme se requieren un conjunto de procedimientos aplicados en una mujer, resultando un excedente del total de la muestra.

**Tabla 6:**

Método de evacuación molar. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar. Enero 1997- Diciembre 2006.

| <b>Método evacuador</b>         | <b>N° pacientes</b> | <b>Porcentaje %</b> |
|---------------------------------|---------------------|---------------------|
| Legrado uterino<br>instrumental | 45                  | 100                 |
| Legrado por aspiración          | 0                   | 0                   |
| Histerectomía                   | 0                   | 0                   |

Fuente: Archivo de Historias Médicas, Hospital Universitario Ruiz y Páez.

**Tabla 7:**

Legrado uterino como tratamiento de Mola Hidatiforme. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar. Enero 1997- Diciembre 2006.

| <b>Legrados</b> | <b>N° de pacientes</b> | <b>Porcentaje%</b> |
|-----------------|------------------------|--------------------|
| 1               | 31                     | 68,88              |
| 2               | 13                     | 28,88              |
| 3               | 1                      | 2,22               |

Fuente: Archivo de Historias Médicas, Hospital Universitario Ruiz y Páez

## DISCUSION

Es una investigación realizada en pacientes con diagnóstico de Mola Hidatiforme, que acudieron al Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Ruiz y Páez, Ciudad Bolívar, durante el periodo Enero 1997 - Diciembre 2006, en un estudio retrospectivo descriptivo.

Esta investigación arroja una incidencia en el lapso de diez años (Enero 1997 - Diciembre 2006) de 0,7 x 1000 embarazos, cifras menores en comparación con otras investigaciones realizadas en países de América, así tenemos que en Colombia es de 3.73, Cuba 1, Brasil 1, Argentina 0.5, Paraguay 0.2 por 1000 embarazos. Y al compararla con la incidencia de algunos centros de salud nacionales esta resulta ser inferior obteniéndose en el Hospital Central de Valencia una incidencia de 1.32/1000, en la Maternidad Concepción Palacios de Caracas 0.94/1000 embarazos y en el Hospital Universitario de Caracas 1.55/1000, e inferior a los resultados de la investigación realizada por Moreno, G en este Hospital en el periodo comprendido Enero 1996 – Diciembre 2000.

Con respecto a la edad promedio de aparición de Mola Hidatiforme fue de 24 años de edad, dato similar a los de Moreno, G. Demostrándose su frecuencia en mujeres jóvenes siendo este último un factor de riesgo para la aparición de la mola como lo indican diferentes autores.

En lo relacionado a los signos y síntomas de las pacientes con mola se demostró que el 66,66% presentó hemorragia genital al ingreso (30), el 15,55% acudió por presentar dolor en hipogastrio (7), comprobándose que estos dos últimos son síntomas característicos mas no patognomonicos de las pacientes con Mola Hidatiforme tal y como lo indican diferentes autores, resultando ser los principales

motivos de admisión, un 2,22% manifestó expulsión de vesículas por vía vaginal. El 28,88% no presentó síntomas debido a que resultan ser un hallazgo ecográfico durante el control prenatal y posteriormente referidas para su resolución.

La edad gestacional donde se detectó la presencia de Mola Hidatiforme, es con frecuencia al inicio del primer trimestre y parte del segundo trimestre. De los 45 casos de mola, 16 casos se ubican entre las semanas 11-15, seguido de las semanas 16 - 20 con 14 casos de mola, es decir, a menor edad gestacional mayor casos de mola esto se debe al diagnóstico temprano de la misma a través de la implementación del ecosonograma como parte del programa al iniciarse el control prenatal, por lo que a mayor edad gestacional evidenciamos menos casos de Mola Hidatiforme.

Para el diagnóstico de Mola Hidatiforme, al 84,44% (38) de las pacientes se le realizó ecosonograma pélvico; en 55,55% (25) se determinó los niveles de la fracción beta de la hormona gonadotropina coriónica humana, de un total de 45 pacientes solo a (24) 53,33% pacientes se les realizó un estudio anatomopatológico reportando hallazgos compatibles con mola hidatiforme, pudiéndose inferir que al resto de la muestra (21) no se les reportó el estudio anatomopatológico o la muestra de material trofoblástico no fue procesada por anatomía patológica, en menor porcentaje 2,22% el diagnóstico fue clínico, es decir, basado en los signos y síntomas de las pacientes. Estos resultados demuestran que para realizar el diagnóstico de mola es necesario un conjunto de herramientas diagnósticas, que entre sí confirman y establecen el diagnóstico definitivo de enfermedad del trofoblasto: Mola Hidatiforme.

El procedimiento evacuador utilizado en todas las pacientes con mola fue el legrado uterino instrumental 100% (45), es importante mencionar que al 13,33% (6) de ellas se les realizó un curaje previo al legrado; la evacuación empleando el legrado uterino por aspiración no fue realizada en ninguna paciente, aún siendo este último el

método de elección recomendado por la literatura, lo que demuestra que la resolución definitiva de Mola Hidatiforme puede obtenerse individualmente aplicando legrado uterino instrumental, sin ser necesaria la histerectomía en ninguno de los casos.

En relación al tratamiento empleado al 68, 88% de la muestra (31) se les realizó un legrado uterino como tratamiento curativo el cual se demostró por el descenso de los niveles de la hormona gonadotropina coriona humana y por el estudio anatomopatológico, al 28,88% se les realizó dos legrados uterinos (13) por presentar restos trofoblasticos en cavidad uterina haciéndose el hallazgo mediante ecosograma y clínica, solo un 2,22% (1) amerito la realización de tres legrados uterino.

## CONCLUSION

La incidencia de Mola Hidatiforme fue de 0,7 x 1000 embarazos.

La mayor frecuencia de Mola Hidatiforme se presento en pacientes con 24 años de edad.

En pacientes con diagnostico de Mola Hidatiforme, presentaron en su ingreso sangrado genital (66,66%), seguido por el dolor en hipogastrio (15,55%).

De las gestantes afectadas con Enfermedad Molar, con mayor frecuencia fueron diagnosticadas entre el primer (11-15) y segundo (16-20) trimestre.

Las gestantes con Mola Hidatiforme se diagnosticaron utilizando ecosonograma (84,44%), mientras que para el (55,55%) se realizo a través de los niveles de  $\beta$ -HCG, numero semejante al que se les realizo por estudio anatomopatologico (53,33%).

El legrado uterino instrumental es el método evacuador más utilizado en el Hospital Ruiz y Páez.

En pacientes con embarazo molar se les realizo con mayor frecuencia un legrado uterino siendo curativo para el (68,88%), mientras que el (28,88%) amerito un segundo legrado uterino.

## RECOMENDACIONES

Realizar charlas educativas, dirigidas a la población en general y a las pacientes afectadas en cuanto a que es la enfermedad y sus posibles complicaciones por lo que es necesario concientizar a la pareja de la importancia que tiene el seguimiento de la enfermedad aun sin presentar síntomas y postergar embarazos por el lapso de un año.

Recalcar en el personal medico el tratamiento adecuado y oportuno, así como el seguimiento y control de exámenes.

Insistir en el reporte acucioso en las historias médicas, de los resultados obtenidos en los diferentes estudios practicados a las pacientes, para así poder realizar con mayor facilidad los trabajos de investigación.

A nivel socio político, equipar los diferentes hospitales de la nación con métodos útiles e indispensables para el diagnostico de esta enfermedad como lo son la realización de  $\beta$  - HCG, dotación de equipo de ecosonograma, e implementos necesarios para realizar biopsia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ezpeleta, J., López, A. 2002. Enfermedad trofoblástica gestacional aspectos clínicos y morfológicos. Rev patología [Serie en línea] **35** (2):187-200. Disponible: <http://www.pgmaonline.es/revpatologia/volumen35/vol35-num2/35-2n07.htm>. [Octubre, 2008].
2. Grases, P., Casas, F. 2004, Enfermedad trofoblástica de la gestación revisión. Rev Obstet Ginecol Venez [Serie en línea] **64** (2):101-103. Disponible: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322004000200006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322004000200006&script=sci_arttext) [Octubre, 2008].
3. Orostegui, S., Arenas, Y., Galindo, L. 2008, mayo. Enfermedad trofoblástica gestacional. MEDUNAB. [En línea]. Disponible: <http://www.imbiomed.com.mx/1/PDF/Mub082-10.pdf> [Octubre, 2008].
4. Moreno, G. 2002 Incidencia de mola hidatiforme Hospital Universitario Ruiz y Páez Ciudad Bolívar, Enero 1996 - Diciembre 2000, Tesis de grado. Dpto. de Ginecología y Obstetricia. Esc. Cs. Salud. Bolívar. U.D.O. pp 48 (Multígrafo).
5. González, S. 2002. Patología del embarazo molar. Rev Soc Med Quir Hosp Emerg Pérez de León [Serie en línea] **33** (1-2):11-12. Disponible: [http://www.geocities.com/rsmqhpl/33\\_11.pdf](http://www.geocities.com/rsmqhpl/33_11.pdf) [Octubre, 2008].

6. Goycoolea, J., Cuello, M., Mayersos, D., Brañes, J. 2003. Neoplasia trofoblástica gestacional (parte I) criterios diagnósticos. Rev Chil Obstet Ginecol [Serie en línea] **68** (3):248-255. Disponible: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262003000300011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262003000300011&script=sci_arttext) [Octubre, 2008].
7. Li, A., Karlan, B. 2005. Neoplasias trofoblástica Gestacional, Scott, J., Karlan, B., Gibbs, R., Haney, A. Danforth tratado de Obstetricia y Ginecología. Edit. McGraw Hill. Mexico, D.F. 9° ed. Cap 57: 1083- 1095.
8. Dickson, S. 2002, marzo. Epidemiología y Anatomía Patológica del Embarazo Molar. [En línea] Disponible: <http://www.imbiomed.com.mx/1/PDF/AcVz053-03.pdf>. [Octubre, 2008].
9. Tenorio, E. 2007. Correlación clínica y factores de riesgos con hallazgos histopatológicos de enfermedad trofoblástica en biopsias endometriales examinadas en el Departamento de Patología, HEODRA, periodo abril 2005 a diciembre 2006. Trabajo de ascenso. Dpto. de Patología. Facultad de Ciencias Médicas. León-Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. pp 51 (Multígrafo).
10. Lema, M. 2005, octubre. Enfermedad trofoblástica gestacional. [En línea]. Disponible: <http://mauriciolema.wiki.zoho.com/enfermedad-trofoblastica-gestacional.html>. [Octubre, 2008].

11. Quiñones, A., Martínez, M., Matienzo, G., Piña, N. 2001. Embarazo molar: estudio en el período 1994-1999 en el Hospital Provincial Ginecoobstétrico de Cienfuegos. Rev Cubana Obstet Ginecol [Serie en línea] **27**(3): 221-225. Disponible: [http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol27\\_3\\_01/gin09301.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol27_3_01/gin09301.pdf). [Octubre, 2008].
12. Murdoch, S. 2006. Identifican causa genética de embarazo molar. Rev Obstet Ginecol Venez. [Serie en línea] **66**(1):116-121 Disponible: <http://www.sogvzla.org/ROGV/2006Vol66N1.pdf> [Enero, 2009].
13. Pacheco, J., Alegre, J., Paniagua, G. 2002, febrero. Características clínicas y anatomopatológicas en mola hidatiforme [En línea] Disponible: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/Anales/v63\\_n4/pdf/caracteristicas\\_clinicas.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/Anales/v63_n4/pdf/caracteristicas_clinicas.pdf). [Octubre, 2008].
14. López, L. Arita, J. 2001. Manejo y seguimiento de las pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional según los niveles de la SI B-1 unidad - beta de la hormona gonadotrofina corionica humana en orina de 24 horas. Rev Med Post Inah [Serie en línea] **6** (2):182-185 Disponible: <http://www.bvs.hn/RMP/pdf/2001/pdf/Vol6-2-2001-16.pdf> [Octubre, 2008].
15. Guntiñas, A. 2008, junio. Enfermedad Trofoblástica Gestacional. [En línea]. Disponible: <http://www.espacioblog.com/alicia-guntinas/post/2008/06/20/enfermedad-trofoblastica-gestacional> [Enero, 2009].

16. Ribbeck, G. 2006. Mola incompleta, eclampsia y síndrome de Hellp: Un caso clínico. Rev Chil Ultrasonog. [Serie en línea]. **9**: 62-66. Disponible: <http://www.ultrasonografia.cl/us92/RIBBECK.PDF> [Octubre, 2008].
17. Filgueira, E., Pessacq, M., Saavedra, M., Schweizer, J., Portillo, M. 2006, octubre. Performance analysis of six immunoassays for human chorionic gonadotropin measurement Follow up during Gestational Trophoblastic Disease. [En línea]. Disponible: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-29572006000200005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-29572006000200005&script=sci_arttext) [Octubre, 2008].
18. Berkowitz, R., Goldstein, D. 2008. febrero. Current management of gestational trophoblastic diseases. [En línea]. Disponible: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18851873> [Enero, 2009].
19. Lindsay, M., Seckl, N. 2005, septiembre. Routine pre-evacuation ultrasound diagnosis of hydatidiform mole: experience of more than 1000 cases from a regional referral center. [En línea]. Disponible: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16273594> [Octubre, 2008].
20. Scucces, M., Montesino, C., Bello, L., Camperos, G. 2000. Neoplasia trofoblástica de la gestación en el Hospital Central de Maracay. Revisión período 1987 – 1998. Rev Obstet Ginecol Venez [Serie en línea]. **60**(4): 223-227 Disponible:

<http://www.infomediconline.com/biblioteca/revistas/obstetricia/obs604art2.pdf> [Octubre, 2008].

21. Zapata, L. 2001. Mola Hidatiforme, Magnellig, A. Obstetricia y Ginecología Contemporánea. Edit Schering de Venezuela. Caracas. 1° ed. Cap 16: 243-253.
22. Martínez, R., Álvarez, V. 2002. Comportamiento de la neoplasia trofoblástica gestacional durante 10 años. Rev Cubana Obstet Ginecol. [Serie en línea]. **28** (3):111-115 Disponible: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2002000300003&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2002000300003&script=sci_arttext) [Octubre, 2008].
23. De Abreu, L., Ialongo, L., Zapata, L., González, U. 2002. Incidencia de mola parcial en material proveniente de legrado uterino. Rev Obstet Ginecol Venez. [Serie en línea]. **61**(1): 25-30 Disponible: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322001000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322001000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es) [Octubre, 2008].
24. Rodríguez, Y., Cruz, E., González, G. 2004. Enfermedad trofoblástica gestacional: uso de quimioterapia e histerectomía Reporte de un caso. Rev Med Hond [Serie en línea]. **72**:142-144 Disponible: <http://www.bvs.hn/RMH75/pdf/2004/pdf/Vol72-3-2004-6.pdf> [Octubre, 2008].

25. Zapata, L., Rebolledo, S., Urbano, R., López, I. 2002. Embarazo molar repetido. Caso clínico. Rev Obstet Ginecol Venez. [Serie en línea]. **62**(1): 39-41. Disponible:  
[http://www.sogvzla.org/FTPSOGV/online/Revista/2002/N%201/08.%20Zapata%20L%20\(339-41\).pdf](http://www.sogvzla.org/FTPSOGV/online/Revista/2002/N%201/08.%20Zapata%20L%20(339-41).pdf) [Octubre, 2008].

## **APENDICE**

**UNIVERSIDAD DE ORIENTE**  
**ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**“Dr. Francisco Battistini Casalta”**  
**DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**FICHA DE RECOLECCION DE DATOS**

MOLA HIDATIFORME EN PACIENTES QUE ACUDIERON AL  
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTRETICIA

Nº de Historia \_\_\_\_\_ Nº de casos \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Residencia: Rural \_\_\_\_\_ Urbana \_\_\_\_\_

Antecedentes Obstétricos:

FUR \_\_\_\_\_ EG \_\_\_\_\_

Motivo de consulta: \_\_\_\_\_

Diagnostico de Ingreso: \_\_\_\_\_

Diagnostico Ecográfico: \_\_\_\_\_

Diagnostico Hormonal H.C.G: \_\_\_\_\_

Diagnostico Anatomopatológico: \_\_\_\_\_

Rx de Tórax: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Normal \_\_\_\_\_ Anormal \_\_\_\_\_

Complicaciones \_\_\_\_\_ Histerectomía \_\_\_\_\_

Curetajes \_\_\_\_\_ Nº de Curetajes \_\_\_\_\_ Aspiracion + Curetaje \_\_\_\_\_

Utilización de Oxitócicos: Antes \_\_\_\_\_ Durante \_\_\_\_\_ Después \_\_\_\_\_

Control Post- Evacuación: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Nº de Control y Valor \_\_\_\_\_

---

Indicación de Anticoncepción: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Método Elegido: Barrera \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_ ACO \_\_\_\_\_

## METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO

|                  |  |
|------------------|--|
| <b>TÍTULO</b>    | Mola Hidatiforme en pacientes que acudieron al departamento de Ginecología y Obstetricia |
| <b>SUBTÍTULO</b> |  |

### AUTOR (ES):

| <b>APELLIDOS Y NOMBRES</b> | <b>CÓDIGO CULAC / E MAIL</b>  |
|----------------------------|---|
| D´ silva A. Ikeli M.       | <b>CVLAC:</b> 16.945.730<br><b>E MAIL:</b> <a href="mailto:Ikeli84@hotmail.com">Ikeli84@hotmail.com</a>           |
| Mollegas B. Kory A.        | <b>CVLAC:</b> 17.209.760<br><b>E MAIL:</b> <a href="mailto:korymollegas@hotmail.com">korymollegas@hotmail.com</a> |

### PALÁBRAS O FRASES CLAVES:

Mola Hidatiforme

| <b>ÁREA</b> | <b>SUBÁREA</b>            |
|-------------|---------------------------|
| MEDICINA    | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA |

## **RESUMEN (ABSTRACT):**

La Mola Hidatiforme representa la variedad mas frecuente de Enfermedad Trofoblastica Gestacional, resultando una complicación relativamente frecuente de la gestación, pudiendo evolucionar a una enfermedad trofoblastica persistente y complicación fatal, el coriocarcinoma. El presente estudio se realizo con la finalidad de determinar la incidencia de Mola Hidatiforme en pacientes que acudieron al Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital “Ruiz y Páez” durante el periodo comprendido entre Enero 1997- Diciembre 2006. Esta investigación fue de tipo descriptivo-retrospectivo. Se determino que el sangrado genital (66,66%), seguido por el dolor en hipogastrio (15,55%) fue la sintomatología presentada con mayor frecuencia, estableciéndose como síntomas característicos más no patognomonicos. De las gestantes afectadas el diagnostico se realizo con mayor frecuencia entre el primer (11-15) y segundo (16-20) trimestre del embarazo, gracias a la implementación precoz de métodos diagnósticos como la ecosonografía. El diagnostico de Mola Hidatiforme se realizo con mayor frecuencia empleando ecosonograma (84,44%), mientras que para el (55,55%) se realizo a través de la cuantificación de los niveles de  $\beta$ -HCG en sangre, numero semejante al de las pacientes a las que se le realizo el diagnostico por estudio anatomopatologico (53,33%). El legrado uterino instrumental fue el método evacuador mas utilizado en el Hospital Ruiz y Páez. La incidencia de Mola Hidatiforme en el Hospital Universitario Ruiz y Páez en un lapso de diez años (Enero 1997 - Diciembre 2006) fue de 0,7 x 1000 embarazos, cifras menores en comparación con otras investigaciones realizadas en países de América, así tenemos que en Colombia es de 3.73, Cuba 1, Brasil 1, Argentina 0.5, Paraguay 0.2 por 1000 embarazos.

**CONTRIBUIDORES:**

| APELLIDOS Y NOMBRES | ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL |  |      |    |      |
|---------------------|-----------------------------|--|------|----|------|
|                     | ROL                         | CA   | AS X | TU | JU X |
| SAAB S. EZZAT       | CVLAC:                      | 4.939.686  |      |    |      |
|                     | E_MAIL                      | <a href="mailto:susosaab@hotmail.com">susosaab@hotmail.com</a> |      |    |      |
|                     | E_MAIL                      |  |      |    |      |
|                     | ROL                         | CA   | AS   | TU | JU X |
| MADRIZ LUIS D.      | CVLAC:                      | 5.341.452  |      |    |      |
|                     | E_MAIL                      | <a href="mailto:luismadriz@cantv.net">luismadriz@cantv.net</a> |      |    |      |
|                     | E_MAIL                      |  |      |    |      |
|                     | ROL                         | CA   | AS   | TU | JU X |
| WALID CHAABAN       | CVLAC:                      | 4.509.952  |      |    |      |
|                     | E_MAIL                      | <a href="mailto:chaaban@cantv.net">chaaban@cantv.net</a>       |      |    |      |
|                     | E_MAIL                      |  |      |    |      |
|                     | ROL                         | CA   | AS   | TU | JU X |

**FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:**

|            |            |            |
|------------|------------|------------|
| 2009       | 08         | 11         |
| <b>AÑO</b> | <b>MES</b> | <b>DÍA</b> |

**LENGUAJE. Spa**

**ARCHIVO (S):**

| <b>NOMBRE DE ARCHIVO</b>  | <b>TIPO MIME</b> |
|---|------------------|
| TESIS. Mola Hidatiforme en pacientes que acudieron al departamento de Ginecología y Obstetricia | doc              |

**ALCANCE**

**ESPACIAL:** Ginecología y Obstetricia Hospital Ruiz y Páez

**TEMPORAL:** 5 años

**TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:**

Médico Cirujano

**NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:**

Pre-grado

**ÁREA DE ESTUDIO:**

Ginecología y Obstetricia

**INSTITUCIÓN:**

Universidad de Oriente - Núcleo Bolívar

**DERECHOS**

De acuerdo al artículo 44 del reglamento de trabajos de grado “Los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participara al Consejo Universitario”

*Lkeli D'silva*

**AUTOR**

*[Handwritten signature]*

**AUTOR**

**AUTOR**

*[Handwritten signature]*

**TUTOR**

*[Handwritten signature]*

**JURADO**

*[Handwritten signature]*

**JURADO**

**POR LA SUBCOMISION DE TESIS**