

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**



TRABAJO DE GRADUACIÓN

TEMA:

**“INCIDENCIA DE MOLA HIDATIDIFORME EN EL SERVICIO DE
GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA
ANA EN EL PERIODO DE ENERO 2006 A DICIEMBRE DEL AÑO 2008”**

**PARA OPTAR AL GRADO DE:
DOCTORADO EN MEDICINA**

**PRESENTADO POR:
JACKELINE LISBETH SANDOVAL VALENCIA
RUTH ANTONIETTA RIVERA CHINCHILLA**

**DOCENTE DIRECTOR:
DRA. JULIA CONCEPCIÓN MORALES GARCIA**

ENERO, 2010

SANTA ANA EL SALVADOR CENTRO AMERICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR

ING .Y MSC. RUFINO ANTONIO QUEZADA SANCHEZ

VICE-RECTOR ACADEMICO

ARQ. Y MASTER MIGUEL ANGEL PÉREZ RAMOS

VICE-RECTOR ADMINISTRATIVO

LICDO. Y MASTER OSCAR NOÉ NAVARRETE

SECRETARIO GENERAL

LICDO. DOUGLAS VLADIMIR ALFARO CHAVÉZ

FISCAL GENERAL

DR. RENÉ MADECA DEL PERLA JIMENEZ

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE

DECANO

LICDO. JORGE MAURICIO RIVERA

VICE – DECANO

LICDO. Y MASTER ELADIO EFRAIN ZACARIAS ORTEZ

SECRETARIO DE FACULTAD

LICDO. VICTOR HUGO MERINO QUEZADA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

DRA. SANDRA PATRICIA GOMEZ DE SANDOVAL

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Trofoblástica Gestacional (ETG) agrupa una serie de alteraciones, tanto benignas como malignas, de las células trofoblásticas de la placenta humana, que constituyen, en sí mismas, neoplasias o predisponen a ellas. No son una sola entidad patológica, sino una amplia variedad cuya expresión más benigna estaría dada por la Mola Hidatidiforme, en cuyo extremo se hallaría el coriocarcinoma de alta mortalidad.

Desde el punto de vista histológico, el embarazo molar se caracteriza por alteraciones de las vellosidades corionicas. Que incluyen diversos grados de proliferación trofoblástica y de edema del estroma vellositaria. Las molas suelen ocupar la cavidad uterina sin embargo, a veces, pueden estar situados en la trompa de Falopio e incluso en el ovario. La ausencia o la presencia de feto o de elementos embrionarios se utilizan para clasificar a las molas en completas y parciales

El presente estudio, que se realizó en el Servicio de Ginecología del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana, pretende determinar la incidencia de mola hidatidiforme en las pacientes ingresadas en el período de enero 2006 a diciembre de 2008, mediante la revisión de expedientes de pacientes diagnosticadas con dicha patología. Así como identificar los factores de riesgo asociados con esta patología.

ANTECEDENTES

Los Doctores: Luz Jefferson, Ricardo vicuña, Adolfo Rechkemmer Realizaron un estudio llamado “Factores de riesgo en Enfermedad Trofoblástica Gestacional: Estudio caso - control en el Hospital Arzobispo Loayza de Perú entre enero de 1984-diciembre 1992”. Incluyó 100 mujeres con enfermedad trofoblástica gestacional y como controles, 98 pacientes obstétricas normales atendidas en el hospital entre enero de 1984 y diciembre de 1992. La incidencia de mola hidatidiforme fue de 4,7 por 1000 partos, el intervalo de edad fue 28, 42 años. No se demostró que el estrato socioeconómico constituya un factor de riesgo. El grado de instrucción secundaria se asoció con un riesgo menor, No se demuestra un efecto protector o de riesgo de la multiparidad en la adquisición de enfermedad trofoblástica gestacional. Las mujeres con esta patología tuvieron una edad de primera gestación significativamente menor (19,97 años), en comparación a sus controles obstétricos (21,22 años). El antecedente de embarazo molar previo se asoció con un incremento del riesgo, pero, sin alcanzar significación estadística. (Ginecol. Obstet. Perú 1994; 40: 70-7.)

En Cuba se realizó un estudio “comportamiento de la Neoplasia Trofoblástica Gestacional durante 10 años” por los médicos Dr. Rodolfo Valentín Martínez Camilo y Dra. Vivian Álvarez Ponce. La muestra estuvo constituida por 29 pacientes a las que se les realizó una historia clínica de donde se obtuvieron los datos para el estudio. La edad que más predominó fue de 21-25 años con un 51,7 %. La nuliparidad ocupó el mayor número de casos con 51,7 %. La mola hidatiforme fue el

resultado histológico más frecuente con 89,6 %. Se concluyó que en los casos de amenorrea y sangramiento genital se debe realizar ultrasonido para hacer diagnóstico temprano de la enfermedad y poder evacuar la mola sólo con aspiración y curetaje, que fue el tipo de tratamiento que se usó.

Epidemiología: La incidencia en países es variable desde 1 en 1700 a 1 en 87 embarazos. La incidencia observada en el Hospital Nacional de Maternidad se muestra en el cuadro a continuación.

Períodos	1986	1996	1997	1998	1999	2000
Casos por	2/	2/	5/	6/	5/	5/
embarazo	1000	1000	1000	1000	1000	1000

- Fuente: Unidad de Estadísticas H.N. de M.

En la Universidad de El Salvador no existen antecedentes en relacion al tema, al igual que en el Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿CUÁL ES LA INCIDENCIA DE MOLA HIDATIDIFORME EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA EN EL PERIODO DE ENERO 2006 A DICIEMBRE DEL AÑO 2008?

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Identificar la incidencia de Mola hidatidiforme en el servicio de Ginecología del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana en el período de enero 2006 a diciembre del año 2008.

Objetivos Específicos:

- Identificar el perfil epidemiológico de la paciente con mola hidatidiforme.
- Conocer el cuadro clínico de la paciente con mola hidatidiforme
- Identificar los métodos utilizados para el diagnóstico de mola hidatidiforme en el servicio de Ginecología del embarazo del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana.
- Indagar el tratamiento que se brindó a las pacientes con mola hidatidiforme

JUSTIFICACION

En el Servicio de Ginecología del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana se atienden diversas patologías, entre las que se encuentra la Mola hidatidiforme, para identificar y tratar dicha patología el personal de salud se auxilia de diferentes textos que describen la enfermedad, los cuales se basan en evidencia y estudios realizados en otras instituciones de salud; asimismo actualmente no se cuenta con estudios acerca de esta patología realizados en dicha Institución. Por lo tanto es necesario realizar una investigación para saber cuál es la incidencia de la mola hidatidiforme y al mismo tiempo recabar información sobre los casos que han sido atendidos en dicho servicio, datos epidemiológicos de las pacientes, la expresión de la patología, como se diagnóstica, y trata en el nosocomio. A su vez los datos obtenidos, servirán de base para la realización de nuevas investigaciones sobre la enfermedad, su abordaje y tratamiento.

MARCO TEÓRICO.

1. **DEFINICION**

La Enfermedad Gestacional del Trofoblasto constituye un grupo de alteraciones de la gestación benigna y malignas caracterizadas por la proliferación del Trofoblasto, degeneración Hidrópica de las Vellosidades Coriales, ausencia o disminución de vasos coriónicas y por la producción de Hormona Gonadotrófica Coriónica CG, acompañada o no de embrión o Feto.

Se reconocen las siguientes formas de neoplasia gestacional trofoblástica:

MOLA HIDATIDIFORME, MOLA INVASORA CORIOCARCINOMA Y TUMOR TROFOBLASTICO DEL SITIO DE IMPLANTACIÓN.

La Organización Mundial de la Salud define la MOLA HIDATIDIFORME como una enfermedad localizada, no neoplásica y benigna.

Desde el punto de vista histológico, el embarazo molar se caracteriza por alteraciones de las vellosidades corionicas, que incluyen diversos grados de proliferación trofoblastica y de edema del estroma vellositaria.

Las molas suelen ocupar la cavidad uterina; sin embargo, a veces, pueden estar situados en la trompa de Falopio e incluso en el ovario (*stanhope y col.1983*). ¹La ausencia o la presencia de feto o de elementos embrionarios.

¹ Williams obstetric 21ª edición. 2001 McGRAW HILL a Division of the McGraw Hill. Companies. Estados Unidos.

ETIOLOGIA:

Factores Genéticos. Socioeconómicos. Factores nutricionales, deficiencia de Beta Carotenos, Tabaquismo, contribuyen en la etiología de esta patología.

El grupo con riesgo de presentar un embarazo molar es el de mujeres mayores de 35 años. Observándose también una relativa frecuencia de Molas en mujeres jóvenes. Generalmente la quinta parte de EGT primaria desarrollará una enfermedad maligna.

CLASIFICACION DE MOLA HIDATIDIFORME SEGÚN OBSTETRICIA DE WILLIAMS

Completa

Parcial

CARACTERISTICAS DE LAS MOLAS HIDATIDIFORME

CARACTERISTICAS	MOLA PARCIAL	MOLA COMPLETA
Cariotipo	Con mucha frecuencia, 69xxx o 69xxy	46xx o 46 xy
Feto	A veces presente	Ausente
Amnios, glóbulos rojos fetales	A veces presente	Ausente
Edema vellositaria	Variable. Focal	Difusa
Proliferación trofoblastica	Variable focal de leve a moderada	Variable entre leve y moderada
Diagnostico	Aborto completo	Gestación molar
Tamaño uterino	Pequeño para la edad Gestacional	El 50% es grande para la edad Gestacional
Quistes teca-luteinicos	Raro	25-30%
Complicaciones medicas	Raro	Frecuente
Enfermedad postmolar	Menos del 5-10%	20%

MOLA HIDATIDIFORME COMPLETA:

Las vellosidades corionicas se convierten en una masa de vesículas claras, las vesículas son de diferentes tamaños, desde visibles en forma escasa hasta de varios metros de diámetro, y con frecuencia, se elevan en racimos desde finos pedículos.

La estructura histológica se caracteriza por:

- 1- Degeneración hidrópica e inflamación de la estroma vellositaria
- 2- Ausencia de vasos sanguíneos en las vellosidades inflamadas.
- 3- Proliferación de un grado variable de epitelio trofoblastica.
- 4- Ausencia de feto y de amnios.

La degeneración hidrópica o molar, que puede confundirse con la mola verdadera, no se incluye en la enfermedad trofoblastica

Los estudios citogénicos sobre embarazos molares completos identificaron la composición cromosómica más frecuente ente (85% o más), que corresponderían a 46 xx. Proviene completo del padre (*wolf y lage, 1995*) Este fenómeno se denomina androgénesis. En forma típica, un espermatozoide fertiliza un ovulo, luego, el espermatozoide duplica sus propios cromosomas después de la meiosis, por lo tanto, los cromosomas son homocigotos.

Los cromosomas del ovulo están ausentes o inactivados. A veces, el patrón cromosomas de la mola completa puede ser 46 xy, es decir, un heterocigoto debido a fertilización dispermica

Lawler y col.(1991) ²describieron 202 molas hidatidiforme; 151 eran molas completas y 49 eran parciales la diploide genética de estas molas se resumen en el cuadro. La mayor parte (85%) de las molas completas son diploide, mientras que la mayor parte de las parciales (86%) son triploide. Se describieron otras variedades coma 45 x. Por lo tanto desde el punto de vista morfológico, puede formarse una mola completa a partir de una variedad de patrones cromosómicos. El riesgo de tumores trofoblasticos que se desarrollan a partir de una mola completa oscilan en alrededor del 20%.

MOLA HIDATIDIFORME PARCIAL.

Cuando los cambios hidatidiforme son focales menos avanzados puede existir algo de tejido fetal, por lo general, como mínimo. Un saco amniótico. La malformación se clasifica como mola hidatidiforme parcial. Existe una inflamación hidatidiforme de progresión lenta en algunas vellosidades, por lo general a vasculares, mientras hay otras escasas vellosidades vascularizadas junto con una circulación feto-placentaria funcionante. La hiperplasia trofoblastica es focal, en lugar generalizada.

Como se observa en forma típica el cariotipo corresponde a una triploide, 69 xxx, 69xxy o 69 xyy, con un complemento haploide materno, pero dos complementos haploides paternos. En forma típica, el feto de una mola parcial posee estigmas de triploide, que incluyen malformaciones congénitas

² Williams obstetric 21ª edición. 2001 McGRAW HILL a Division of the McGraw Hill. Companies. Estados Unidos

múltiples y restricción del crecimiento; este feto no es viable, en el informe de *Lawyer y Col (1991)*³ el 86% de las molas parciales eran triploide y el 2% eran diploides. *Jauniaux (1999)*⁴, en una revisión de molas parciales, comunico que el 82% de los fetos con cariotipos triploide padecían restricción del crecimiento simétrico.

A veces una gestación múltiple de una mola completa y un feto y una placenta normal puede confundirse con una mola parcial diploide. Es importante intentar distinguir entre ambos, debido a que los embarazos gemelares que están compuestos por un feto normal y una mola completa tienen el 50% de probabilidades de enfermedad trofoblástica persistente posterior, en comparación con la frecuencia bastante menor de las molas parciales triploide (*Bruchim y col. 2000*). *Van de kaa y col (1999)*⁵ describieron el uso de la citogenética de interfase y del análisis citomérico del DNA para poder distinguir entre las dos entidades.

Entre el 4 y el 8% de los casos de molas hidatidiforme puede generar tumores trofoblásticos no metastásicos (*Berkowitz y col. 1986; Szulman y Surti, 1982*).⁶

El riesgo de coriocarcinoma proveniente de una mola parcial es muy bajo,

³ Williams obstetric 21ª edición. 2001 McGRAW HILL a Division of the McGraw Hill. Companies. Estados Unidos

*Seckl y col (2000)*⁷ describieron 3.000 casos de molas parciales y solo documentaron tres casos de coriocarcinoma.

*Veierslev (1991)*⁸ reviso las evoluciones de algunos embarazos que presentaban una mola hidatidiforme que coexistían con un feto normal. De 113 embarazos, 52(45%) de los fetos progresaron hasta las 28 semanas y la supervivencia fue del 70%. Por lo tanto, cuando se asesora a una mujer con una mola y un feto coexistente, tanto los estudios citogeneticos como la ecografía de alta resolución.

INCIDENCIA:

En los Estados Unidos la mola hidatidiforme se desarrolla en alrededor de 1 de cada 1.000 embarazos. Aunque se informo que era más frecuente en otros países, sobre todo en algunas regiones de Asia. Gran parte de esa información se basa en trabajos hospitalarios (*Schorge y Col., 2000*).⁹ Si se tiene en trabajos poblacionales, es probable que la incidencia en la mayor parte del mundo sea la misma que en estados unidos. (*milller y col., 1989; semer u macfee, 1995*)¹⁰

EDAD:

Existe una frecuencia relativamente elevada de mola hidatidiforme en los embarazos de comienzo y el final del periodo reproductivo (*Semer y Macfee, 1995*) ¹¹el efecto más pronunciado se observa entre las mujeres mayores de 45 años. Cuando la frecuencia relativa de la lesión es 10 veces más alta que entre los 20 y los 40 años. (*Schorge y col., 2000*) ¹² existen numerosos casos verificados de mola hidatidiforme en mujeres de 50 años o más.

ANTECEDENTES DE MOLA

La recurrencia de una mola hidatidiforme se observa en alrededor del 1 al 2% de los casos (*Miller y col. 1989*). En una revisión de 12 series que abarcaban casi 5.000 partos, la frecuencia de mola recurrente fue de 1,3% (*Loret de Mola y Goldfarb, 1995*). *Kim y col. (1998)* ¹³hallaron un 4,3% de frecuencia de recurrencias en 115 mujeres evaluadas en Seul, Corea. En una revisión de molas hidatidiforme repetidas con distintas parejas, *Tuncer y col. (1999)* llegaron a la conclusión de que podía existir un “problema oocitario primario”

Unidos : Williams obstetric 21ª edición. 2001 McGRAW HILL a Division of the McGraw Hill. Companies. Estados Unidos

En nuestro país se cuenta con una incidencia de 2 a 5 pacientes por 1000 embarazos.

OTROS FACTORES:

No está claro el papel de la gravidez, de la cantidad de pariciones, de otros factores reproductivos, del estado estrogénico, de los riesgos de generación de una enfermedad trofoblástica gestacional (Semer y Macfee, 1995).

EVOLUCION CLINICA

La presentación clínica de la mayor parte de los embarazos molares cambio en forma apreciable durante los últimos 20 años, debido a que la utilización de la ecografía transvaginal y de la hGG sérica cuantitativa permiten el diagnóstico precoz (*Coukos y col. 1999*)¹⁴ suelen evidenciarse varios cambios durante el final del primer y el segundo trimestres. En la mola completa, es más probable que los síntomas sean espectaculares, *Schlaerth y col. (1988)*¹⁵ comunicaron complicaciones en las dos terceras partes de 381 mujeres con embarazos molares.

¹⁴,¹⁶, Williams obstetric 21ª edición. 2001 McGRAW HILL a Division of the McGraw Hill. Companies. Estados Unidos

SANGRADO: La metrorragia es casi universal y puede variar desde un pequeño sangrado hasta una abundante hemorragia (*Rose, 1995*)¹⁶

Puede comenzar justo antes del aborto o no, con mayor frecuencia, ocurrir en forma intermitente durante semanas o incluso, durante meses, en algunas mujeres que presentan grandes molas se demostró un efecto disfuncional debido a una hipovolemia apreciable. A veces, puede producirse una hemorragia considerable, que se mantiene dentro del útero. La anemia por deficiencia de hierro es un hallazgo frecuente; es raro que se evidencie eritropoyesis megaloblástica, probablemente debido a la escasa ingesta, causada por las náuseas y los vómitos, junto con el aumento del requerimiento de folatos en el trofoblastos que proliferan con rapidez.

TAMAÑO UTERINO

El útero en crecimiento suelen aumentar de tamaño mas rápidamente que lo habitual este hallazgo es el mas frecuente; en alrededor de la mitad de los casos, el tamaño uterino excede con claridad el esperado para una edad gestacional determinada. Puede ocurrir que el útero sea difícil de precisar por medio de la palpación, en especial en las mujeres nulíparas, debido a su consistencia blanda debajo de la pared abdominal tensa. A veces puede ser difícil diferenciar los ovarios aumentos apreciablemente de tamaño con múltiples quistes teca-luteinicos del útero agrandado.

¹⁶ Williams obstetric 21ª edición. 2001 McGRAW HILL a Division of the McGraw Hill. Companies. Estados Unidos.

ACTIVIDAD FETAL:

Aunque el útero haya crecido tanto como para alcanzar el nivel encima de la sínfisis, en forma típica no se detecta actividad alguna en el corazón fetal, raramente, pueden existir placentas gemelas con un embarazo molar completa que se desarrolla en una y otra placenta con un feto de apariencia normal. Además con una muy escasa frecuencia, pueden aparecer cambios molares incompletos, aunque extensos, en una placenta que acompañan a un feto vivo.

CARACTERISTICAS DIAGNOSTICAS

En algunos casos. Aparecen vesículas hidatidiforme que se asemejan a uvas antes del aborto espontaneo de la mola o de su remoción quirúrgica. (Rose, 1995). La expulsión espontanea ocurre con mayor frecuencia alrededor de las 16 semanas y es raro que se demore mas allá de las 28 semanas. Los hallazgos clínicos de hemorragia persistente y de útero más grande que lo esperado para la edad gestacional genera la sospecha de un embarazo molar. Debe considerarse que puede existir un error en la fecha menstrual o que el útero gestante puede estar más grande debido a miomas, polihidramnios o, en especial a fetos múltiples. La mayor certeza diagnóstica se obtiene con la característica apariencia ecografía de la mola hidatidiforme. A veces, otras estructuras pueden tener una apariencia similar ala de la mola, incluso el mioma uterino y los embarazos con fetos múltiples

En resumen, las características clínicas y diagnósticas de una mola hidatidiforme completa son las siguientes:

- Flujo hemático continuo o intermitente que se evidencia alrededor de las 12 semanas, que no suelen ser profuso y que suele ser más marrón que rojo.
- Agrandamiento uterino fuera de proporción con respecto a la duración del embarazo en la mitad de los casos.
- Ausencia de partes fetales y de sonidos del corazón fetal incluso aunque el útero ha llegado al nivel umbilical o lo ha superado.
- Apariencia ecográfica característica
- Nivel de gonadotropina coriónica sérica superior al esperado para ese periodo de gestación.
- Preeclampsia o eclampsia desarrolla antes de las 24 semanas
- Hiperémesis gravídica.

El diagnóstico presuntivo de EGT en cualquier mujer se hace mediante el hallazgo de títulos elevados de Gonadotropina Coriónica en orina o en suero (Marcador tumoral único,

LABORATORIO Y GABINETE: Métodos de Ayuda Diagnóstica^{17*} Cuantificación de hCG, sub. Unidad Beta (Radio Inmunoensayo)

hCG sérica valores de 100,000 UI/ml son compatibles con mola

* Ultrasonografía: Ausencia de embrión, presencia de vellosidades vesiculares. Imágenes en tormenta de nieve.

* Rx de tórax

Si se aúna el cuadro clínico, la ultrasonografía y la cuantificación de hCG, el diagnóstico se obtiene en un 90%

TRATAMIENTO:

El tratamiento de la mola hidatidiforme tiene dos fases: la evacuación inmediata de la mola y el seguimiento posterior para detectar proliferación trofoblástica persistente o cambio maligno. La evaluación inicial anterior a la evacuación o la histerectomía incluye por lo menos una búsqueda rápida de la enfermedad metastásica. Debe realizarse una radiografía de tórax para buscar lesiones pulmonares. Aunque *Mutch y col.(1986)*¹⁸ demostraron que por medio de la TC aumentada la probabilidad de detectar una enfermedad metastásica, su uso rutinario no se evaluó y no afecta el

¹⁷ Normas de Atención Obstetricia y Ginecología Hospital de Maternidad 2002..

¹⁸ Williams obstetric 21ª edición. 2001 McGRAW HILL a Division of the McGraw Hill. Companies. Estados Unidos..

pronostico, Excepto que exista alguna otra evidencia de enfermedad extrauterina, no se realiza TC ni RM de rutina para evaluar e hígado o el cerebro.

Cuando se produce la rara circunstancia de coexistencia de una mola hidatidiforme completa y de un feto con una placenta, se produce un dilema terapéutico inusual, en especial cuando no aparecen alteraciones cariotípicas o malformaciones fetales macroscópicas.

TERMINACION DEL EMBARAZO MOLAR

En la actualidad las molas se resuelven con mayor frecuencia cuando aun son pequeñas y en circunstancias controladas, no en la situación de casos que se produce cuando se abortan en forma espontanea. Por lo tanto, existe tiempo para evaluar a la mujer que puede estar anémica, hipertensa o deshidratada.

QUIMIOTERAPIA PROFILACTICA:

El papel de la quimioterapia en las mujeres con molas es un tema polémico (bloss y miller, 1995; Goldstein y Berkokwitz, 1995)¹⁹ sin embargo, no existen evidencias que demuestren que este tratamiento mejora el pronostico a largo plazo. La mayor parte de las mujeres experimentadas una regresión espontanea de la enfermedad luego de la evacuación: el seguimiento de todas las pacientes, incluso aquellas que recibieron quimioterapia

¹⁹ Williams obstetric 21ª edición. 2001 McGRAW HILL a Division of the McGraw Hill. Companies. Estados Unidos.

ASPIRACION POR VACIO:

La evacuación por succiones es el tratamiento de elección de la mola hidatidiforme más allá del tamaño uterino (Bloss y Miller, 1995; Miller y col., 1989).

En las molas grandes debe obtenerse sangre compatibilizada y debe colocarse una vía intravenosa por si se necesitara una rápida infusión. Se utilizan los agentes dilatadores cervicales. Si el cérvix está tenso y cerrado, si se necesita más dilatación esa puede efectuarse en forma segura con anestesia, hasta lograr el diámetro que permita la introducción de una cureta plástica de succión. Luego de quitar la mayor parte de la mola por medio de aspiración y de administrar oxitocina una vez que se ha contraído el miometrio, suele realizarse un legrado exhaustivo pero suave, no siempre es fácil evacuar todo el contenido de una mola grande; el examen ecográfico intra operatorio puede ser útil para asegurar el vaciado de la cavidad uterina es imprescindible que existan instalaciones y personal disponible para realizar una laparotomía inmediata en el caso de que se produzca una hemorragia incontrolable o traumatismo grave del útero.

HISTERECTOMIA.

Si por la edad o la paridad, la mujer no desea mas embarazos puede preferirse a histerectomía al legrado por succión. La histerectomía es una procedimiento lógico en mujeres de 40 años o mas, debido a la frecuencia con que aparecen enfermedades trofoblastica malignas en este grupo etario, tow (1966) comunico que el 37% de las mujeres de mas de 40 años con mola completan desarrollan un tumor trofoblastica gestacional. Aunque la histerectomía no elimina el tumor trofoblastica, disminuye en forma apreciable la probabilidad de una recurrencia de la enfermedad.

Clasificación pronostica de la OMS

Parámetro	0	1	2	4
* Edad (años)	<39	>39		
* Embarazo Anterior	Mola Hidatiforme	Aborto, Embarazo ectópico	Embarazo A término	
* Intervalo de tratamiento previo (meses)	< de 4 Meses	4-6 Meses	7-12 Meses	Mas de 12 Meses
* β hCG (U/UI,	< 1000 mU / ml	1,000 – 10,000	10,000 –	>10,000

inicial		mU / ml	100,000 mU / ml	mU / ml
* Grupo ABO		O / A	A/O	B/AB
* Tamaño tumoral (cm)	Menos de 3 cm	3-5 (cm)	Mayor de 5cm	
* Localización de las metástasis	No detectadas, vagina, pulmón	Bazo, Riñón	Hígado, tracto GI	Encéfalo
* Número de Metástasis		1-3	4-8	Mas de 8
* Quimioterapia previa			Monoterapia	Poli quimioterapia

La Clasificación clínica del seguimiento que de la paciente el reporte patológico y se clasifican como:

- Bajo Riesgo cuando el score es de 4 o menos
- Riesgo intermedio cuando el score está entre 5 y 7
- Riesgo elevado cuando el score es de 8 o más

CONDUCTA A SEGUIR SEGÚN NORMAS DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA Y GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL DE MATERNIDAD.²⁰

1. Toda paciente con diagnóstico Clínico ó confirmado de ETG deberá ser ingresada al servicio de Oncología.

* A su ingreso en el servicio de emergencia se hará una historia clínica completa, por sistemas, examen físico minucioso y se deberá indicar los siguientes exámenes:

- Hemograma

- Tipo y grupo sanguíneo, prueba cruzada y orden de transfusión, si el sangramiento es activo.

- Pruebas de coagulación: plaquetas, fibrinógeno, Lee White (prueba del tubo) Tiempo Parcial de Tromboplastina, Tiempo y valor de protrombina.

- Titulación de la sub-Unidad Beta de hCG

-General de Orina

- Creatinina Sérica, UN

- Transaminasa Glutamica oxalacetica

- Radiografía de tórax (P.A.)

- T3-T4 (si hay síntomas tiroideos)

²⁰ Normas de Atención Obstetricia y Ginecología Hospital de Maternidad 2002

- Electrocardiograma (si es necesario)

-Ultrasonografía

* Si la paciente ha sangrado y la mola ha sido parcialmente expulsada o en vías de expulsión, cumplir urgente los exámenes ya descritos, tomar dos venas periféricas con intracat, TRANSFUNDIR según hematocrito de base o cuantía de sangramiento. Pasarla a sala de operaciones para LEGRADO SUCCIÓN (Independiente del servicio en que se encuentre)

2. En el servicio de Oncología, se realizará historia clínica completa, revisar que se haya tomado y contestado los exámenes indicados al ingreso.

- Si la paciente esta en condiciones estables, sin sangramiento activo y útero menos de 16 semanas, Decida evacuación: LEGRADO SUCCIÓN (aspiración), se recomienda la administración de oxitocina después de extraer una cantidad moderada de tejido. El legrado succión es seguido por un cure tajé Instrumental cuidadoso.

Si el cerviz cerrado, se recomienda el uso de PG intra cervicales y/o estimulación oxitócica. Cuando las condiciones del cerviz lo permitan realizar la evacuación.

TODA MUESTRA DEBERÁ SER ENVIADA A ANATOMÍA PATOLÓGICA PARA ESTUDIO

- Si útero es mayor de 16 semanas iniciar quimioprofilaxis con agente único (ver esquema) METOTREXATO 50 mg. Y programar LEGRADO succión posterior a la quimioterapia. Previo al Legrado preparar sangre para transfusión.

CONDUCTA POST-LEGRADO

* Realizar LEGRADO INSTRUMENTADO al 3º o 5º día después del primero

- Indicar segunda dosificación de β hGC 48 horas después de segundo legrado, luego cada semana, hasta que se obtengan tres valores consecutivos normales. A las 6 semanas la β hGC en plasma no debe superar 30 mUI/ml.

* En Pacientes de alto riesgo o si la paridad es completa o mayor de 35 años o en caso de haber perforación uterina reducir planear histerectomía abdominal.

* Planificación familiar por un año. Debe de indicarse posterior al segundo legrado,

OPCIONES:

1- Estabilización quirúrgica. Aplica para aquellos casos en que la familia está Completa, o que la paciente no acepta la histerectomía

2- Anticonceptivos Orales. Sí la paciente es confiable y suficientemente educada para su cumplimiento. O en los casos en que iniciaron con conceptivos inyectables, se podría continuar con orales.

3- Anticonceptivos inyectables: Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg IM. Indicarlo y cumplirlo ANTES DE DAR EL ALTA post-legrado.

* Investigar resultados de anatomía Patológica (72 horas posteriores a la evacuación de Mola)

* Si la paciente presenta alguna de las siguientes complicaciones: Choque Hipovolémico, Pre Eclampsia-Eclampsia Edema agudo de pulmón, Embolismo Trofoblástico, Síndrome de Distress Respiratorio, C.I.D. o Crisis Tiroidea. Será objeto de manejo Multidisciplinario, en servicio de intermedio u UCI y posterior a su estabilización, se Procederá inmediatamente a la evacuación de la Mola según lo normado.

* ALTA Cuando ya la paciente se encuentre estable, y control en la Consulta Externa con el médico acreditado para el seguimiento de las

SEGUIMIENTO SEGÚN NORMAS DE ATENCION OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA HOSPITAL DE MATERNIDAD 2002

El seguimiento de la EGT se realizará en la consulta externa por el medico acreditado por la unidad de oncología donde se deberá cumplir los siguiente pasos.

- Se debe informar e instruir a la paciente acerca de la importancia de cumplir con sus controles.
- En cada consulta debe realizarse un examen físico completo, examen ginecológico minucioso para detectar posibles siembras de Trofoblasto en mucosa vaginal, cerviz. Se espera que el útero involucione a un estado normal en seis semanas. Si el útero se mantiene sub involucionado y con títulos

BHGC bajos se debe indicar ultrasonografía pélvica los quistes teca luteínicos involucionan entre dos a tres meses.

El examen pélvico debe realizarse cada 3 semanas hasta los 2 meses. Luego bimensual hasta el año.

- Rx de tórax a las 4 semanas post evacuación y luego cada 3 meses.

Esquema del seguimiento de seguimiento de BHCG: se tomara una cada semana hasta tener tres valores igual o menor de 80 mu/ml y luego:

- Cuantificación De los títulos de la Sub-Unidad de BHCG de la siguiente manera:
 - ❖ Cada 15 días durante 2 meses.
 - ❖ Cada mes, los siguientes 4 meses
 - ❖ Cada 2 meses ,hasta completar el año

Generalmente el tiempo de negativización posterior al legrado uterino instrumental inicial oscila entre 8 y 16 semanas, diremos que la paciente entra en Remisión Temporal.

Si después de ese tiempo los valores de BHCG no se normalizan se estabilizan en meseta o se elevan. Además presenta cualquiera de los factores de alto riesgo, la paciente Debra ingresarse en Ontología se debe catalogar con PERSISTENCIA de la EGT.

EGT. RECURRENTES.

1. **DIAGNÓSTICO:** Toda elevación de los títulos de β hGC tras tres determinaciones negativas, Generalmente las recurrencias aparecen en los 36 primeros meses después de la remisión. En la mitad de los casos puede ocurrir en los tres primeros meses. Su incidencia en EGT metastasicos. Si la elevación de los títulos de β hGC acontece pasado un año debe descartarse embarazo normal o Molar.
2. **TRATAMIENTO :** Poliquimioterapia

1. *PREVENCIÓN:*

- En los casos de EGT no metastasicos de bajo riesgo añadir un ciclo de quimioterapia tras la normalización de los niveles β hGC
- GT Metastasicos o de riesgo elevado. Adicionar tres ciclos de tratamientos tras la normalización de los Niveles de β hGC.
- Se debe evitar el embarazo transcurrido 1 año de la normalización de los títulos de hGC según el tipo de EGT

NIVELES DE REFERENCIA

* Toda paciente con diagnóstico Clínico, Histopatológico o de Laboratorio de Enfermedad Gestacional del Trofoblastica deberá ser referida y Hospital Nacional de Maternidad. La referencia se acompañará de un resumen clínico, incluyendo las pruebas de laboratorio y el tratamiento recibido.

CRITERIOS DE RIESGO Según OMS²¹

BAJO RIESGO	ALTO RIESGO
<p>* Títulos sub-unidad beta hCG en sangre previa a la evacuación menor de 100,000 mUI por ml.</p> <p>* Altura uterina menor o igual de 16 semanas.</p> <p>*Quiste teca-luteinicos con diámetro menor de 6 cms. (por ultrasonografía)</p> <p>*Edad Menor de 40 años</p>	<p>* Mola Completa</p> <p>*Útero de mayor de 16 semanas</p> <p>*Evacuación después de la semana 16 de embarazo.</p> <p>*Evacuación por histerotomía</p> <p>*Presencia de Quistes Teca-Luteinicas mayores de 6 cms.</p> <p>*Títulos de Sub Unidad Beta HGC mayor de 100,000 mUI/ml</p> <p>*Edad mayor de 40 años</p> <p>*EGT previa</p> <p>*Toxemia</p> <p>* Coagulopatía</p> <p>*Grupo sanguíneo B</p>

²¹ ² Normas de Atención Obstetricia y Ginecología Hospital de Maternidad 2002.

Estos criterios son importantes tenerlos en cuenta, y a que son parámetros clínicos cuya mayor frecuencia estadística coincide con transformación maligna

MARCO DE REFERENCIA

La investigación se llevo a cabo en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana ubicado en la 3ª av. norte No 1 de esa Ciudad ubicada en el departamento que lleva el mismo nombre, en la zona occidental de El Salvador, el Municipio limita al norte con Texistepeque y Nueva Concepción, al este con San Pablo Tacahico, Coatepeque y El Congo, al sur con Izalco y al oeste con Chalchuapa, San Sebastián Salitrillo, El Porvenir y Candelaria de la Frontera y esta ubicado a 65 km. de la capital estatal, San Salvador.

De acuerdo al Censo de población y vivienda de 2007, el municipio de Santa Ana tiene 245 421 habitantes, ocupando el segundo lugar en población y para su administración se divide en 35 cantones y 318 caseríos. Mientras que la ciudad de Santa Ana se divide en 12 barrios y en varias colonias.

En 1842 es fundado el Hospital San Juan de Dios, cuya creación se debe al celo del Sr. Don José Campo, quien siendo Jefe Político el año de 1830 solicitó del Supremo Gobierno el convento de San Francisco para hospital, que después mejoraron y sostuvieron los Sres. Dr. Dr. José Antonio Solís y Dr. Guillermo Barchad, y que luego paso a estar bajo el cuidado de la Junta de Caridad"

El departamento de ginecología y obstetricia fue fundado en el año 50, y durante los terremotos del 2001 resulto seriamente dañado, por lo que se reconstruyeron cuatro

salas de parto, dos de operación, y diez y seis consultorios de maternidad entre otros trabajos que se realizaron en el edificio.

El departamento de maternidad tiene una capacidad para atender aproximadamente a 100 pacientes y 50 recién nacidos, dando una consulta externa de unas 120 pacientes diarios, brindándole servicio a la población del departamento de Santa Ana, así como también de los departamentos de Ahuachapán, Sonsonate y parte de Guatemala.

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio: Se realizo un estudio descriptivo retrospectivo sobre la incidencia de mola hidatidiforme en el servicio de ginecología del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana en el periodo de enero 2006 a diciembre del año 2008.

La metodología aplicada: fue por medio de la revisión de expedientes clínicos de pacientes egresadas con el diagnostico de embarazo molar.

Se estudio una población de 65 expedientes clínicos de las pacientes con dicho diagnostico, los cuales fueron obtenidos a través del Departamento de Estadística y archivo del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana, y los datos se vaciaron mediante una guía para recolección de datos. (Anexo 2)

Los parámetros utilizados en este estudio serán: edad de la paciente, procedencia, estado civil, antecedentes gineco-obstétricos, método anticonceptivo, nivel académico, antecedentes de abortos, edad en semanas de mola hidatidiforme, métodos diagnósticos, procedimientos terapéuticos, sintomatología y complicaciones.

Los datos obtenidos se tabularon y se utilizo la siguiente fórmula para calcular la

incidencia $I_{(t)} = \frac{N^{\circ} \text{ eventos nuevos}}{N^{\circ} \text{ individuos susceptibles al comienzo}}$ además se graficaron en el programa informático de Microsoft excell para luego ser analizados.

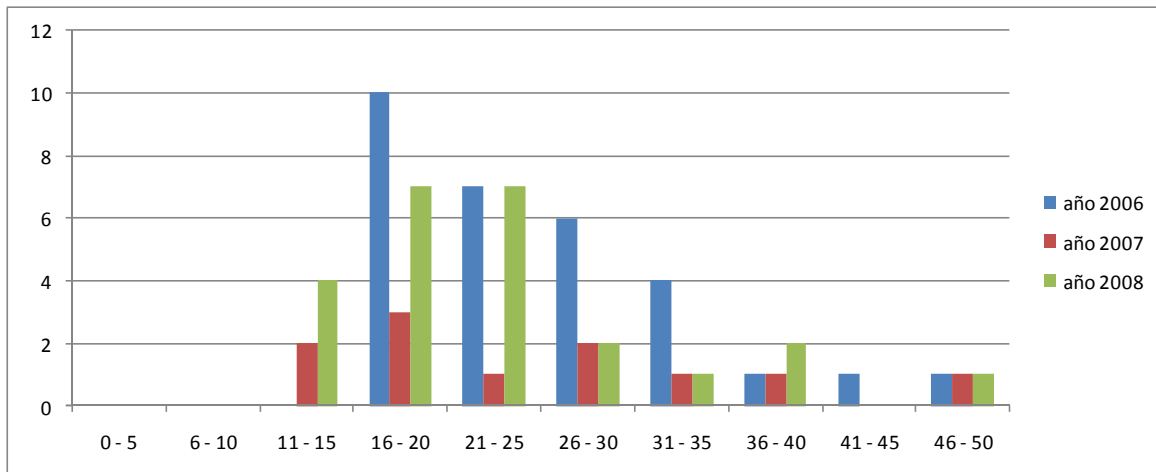
RESULTADOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo para determinar la Incidencia de mola hidatidiforme en el servicio de ginecología del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana en el periodo de enero 2006- diciembre del año 2008. Se utilizó una guía para la recolección de datos por medio de la revisión de los expedientes de dichas pacientes diagnosticadas con Mola Hidatidiforme. Determinando, edad, procedencia, estado civil, nivel académico, paridad, antecedentes ginecoobstétricos, sintomatología, método diagnóstico, tratamiento, dichos datos se organizaron y tabularon por medio del programa Excel, los respectivos cuadros y gráficos y descripción de los resultados.

En la tabla 1 *AGRUPA RANGOS DE EDAD DE LAS PACIENTES ATENDIDAS POR AÑO*

	año 2006	año 2007	año 2008
11 – 15 años		2	4
16 – 20 años	10	3	7
21 – 25 años	7	1	7
26 – 30 años	6	2	2
31 – 35 años	4	1	1
36 – 40 años	1	1	2
41 – 45 años	1	0	0
46 – 50 años	1	1	1
TOTAL	30	11	24

GRAFICA #1 EDAD DE PACIENTES ATENDIDAS CON DIAGNOSTICO DE MOLA HIDATIDIFORME EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA DE LOS AÑOS 2006-2008



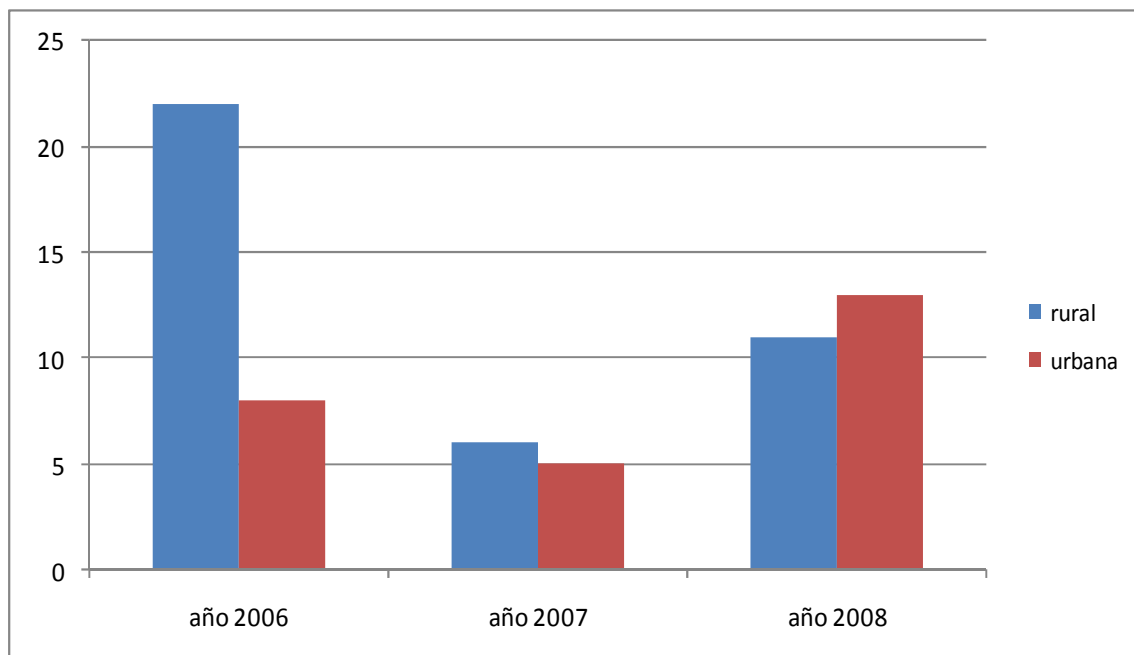
***Datos obtenidos del Departamento de Estadística y archivo del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana, de los años 2006-2008.**

La edad de las pacientes con mola hidatidiforme vario entre los 11- 50 años de edad, el mayor número de casos se encontró entre los 16-20 años

EN TABLA 2 LUGAR DE PROCEDENCIA.

	Rural	Urbana
año 2006	22	8
año 2007	6	5
año 2008	11	13
TOTAL	39	26

GRAFICA #2 LUGAR DE PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE MOLA HIDATIDIFORME DE LOS AÑOS 2006-2008



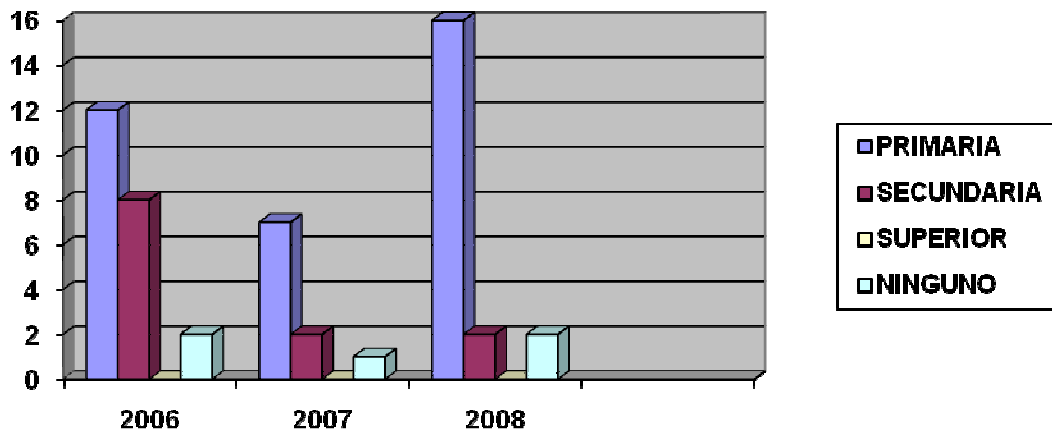
***Datos obtenidos del Departamento de Estadística y archivo del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana, de los años 2006-2008.**

De las 65 pacientes que consultaron en dicha institución, 39 pacientes provenían del área rural mientras que en la zona urbana solo se observa un total de 26 pacientes

TABLA 3 ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	2006	2007	2008
PRIMARIA	12	7	16
SECUNDARIA	8	2	2
SUPERIOR	0	0	0
NINGUNO	2	1	2
TOTAL	22	10	20

GRAFICA #3 INDICE DE ESCOLARIDAD DE LAS PACIENTES ATENDIDAS CON DIAGNOSTICO MOLA HIDATIFORME DE LOS AÑOS 2006-2008



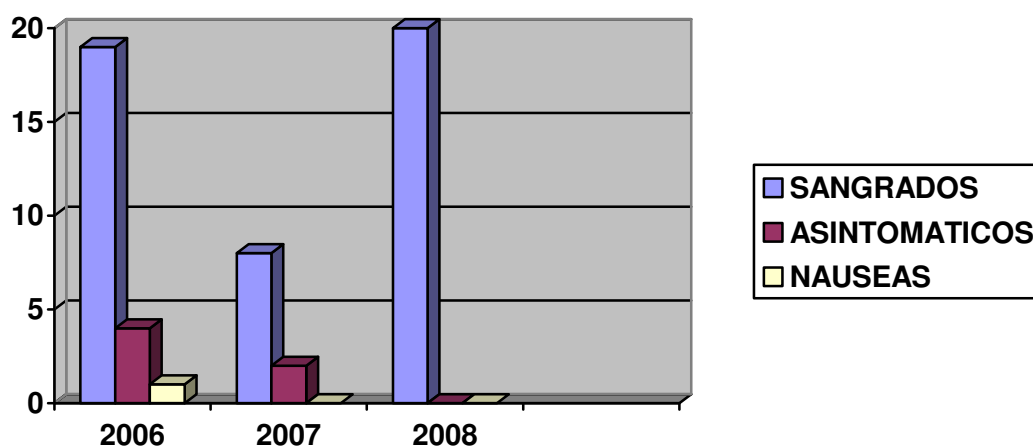
*Datos obtenidos del Departamento de Estadística y archivo del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana, de los años 2006-2008.

En esta grafica se observa pacientes que solo habían realizados estudios primarios , siendo esta la de mayor numero de población para un total de 35 pacientes, seguido por aquellas pacientes que habían realizado estudios secundarios, 12 pacientes, y un total de 5 pacientes que no habían recibido ninguna educación

TABLA 4 MOTIVO DE CONSULTA.

CONSULTA POR	2006	2007	2008
SANGRADO	19	8	20
ASINTOMATICOS	4	2	0
NAUSEAS	1	0	0
TOTAL PACIENTES	24	10	20

GRAFICA# 4 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA DE LAS PACIENTES CON MOLA HIDATIFORME DE LOS AÑOS 2006-2008.



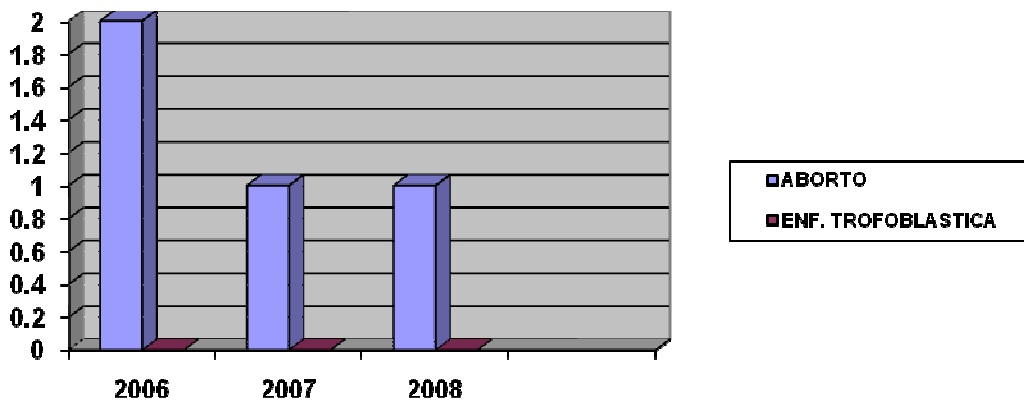
*Datos obtenidos del Departamento de Estadística y archivo del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana, de los años 2006-2008

Se observa una incidencia en el motivo de consulta de sangrado transvaginal en un total de 44 pacientes. Seguidas por aquellas pacientes que habían sido referidas por otras instituciones de 1er nivel y de 2 niveles de atención y en otros motivos de consultas que se establecieron fueron número de 6 y sintomatología como la hiperémesis gravídica con un número de 2 pacientes

TABLA 5 ANTECEDENTES PERSONALES

ANTECEDENTES	2006	2007	2008
ANTECEDENTES DE ABORTO	2	1	1
ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD TROFOBLASTICA	0	0	0

GRAFICA#5 ANTECEDENTES PERSONALES DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE MOLA HIDATIDIFORME EN LOS AÑOS 2006-2008



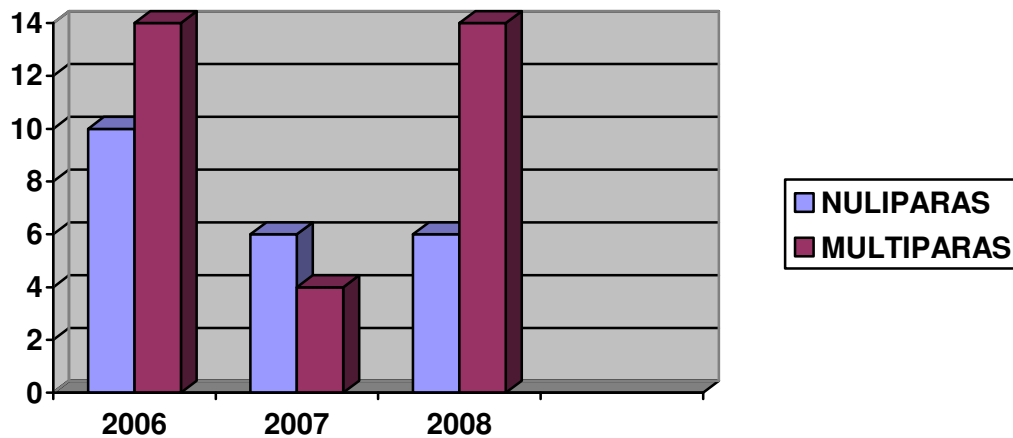
*Datos obtenidos del Departamento de Estadística y archivo del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana, de los años 2006-2008

En esta tabla solo se puede observar de las 65 pacientes solo 4 presentaron antecedentes de aborto, el restante no presento ningún antecedentes medico.

TABLA 6 PARIDAD

PARIDAD	2006	2007	2008
NULIPARAS	10	6	6
MULTIPARAS	14	4	14
TOTAL	24	10	20

GRAFICA# 6 INDICE DE PARIDAD DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE MOLA HIDATIDIFORME EN LOS AÑOS 2006-2008



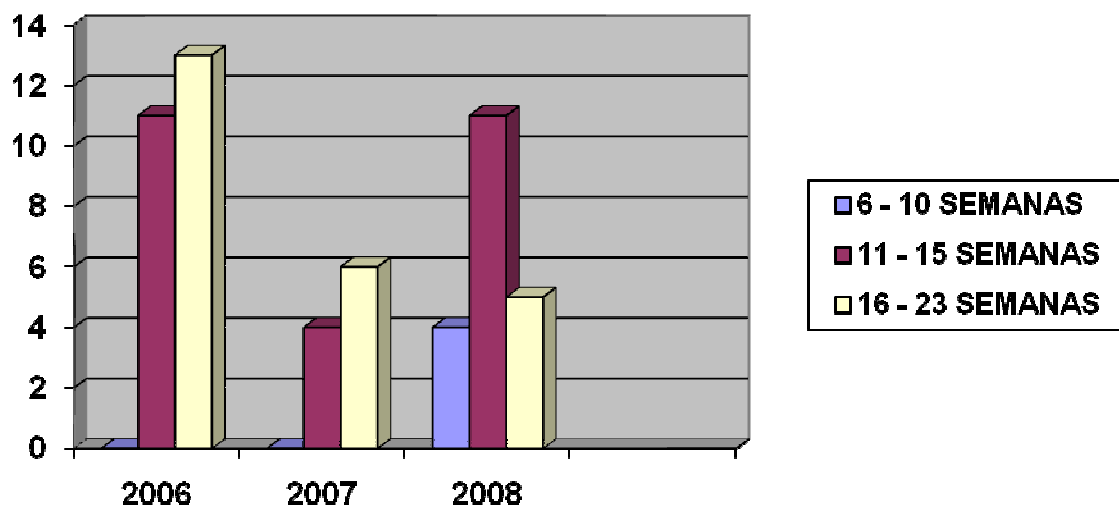
*Datos obtenidos del Departamento de Estadística y archivo del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana, de los años 2006-2008

En esta grafica se determinaron aquellas pacientes multíparas de las cuales fueron un total de 32 pacientes. Mientras que aquellas que era su primer embarazo solo fueron un total de 24 pacientes

TABLA 7 EDAD GESTACIONAL

EDAD GESTACIONAL	2006	2007	2008
6-10 SEMANAS	0	0	4
11-15 SEMANAS	11	4	11
16-23 SEMANAS	13	6	5
TOTAL	24	10	20

GRAFICA #7 EDAD GESTACIONAL PRESENTE EN EL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO DE LAS PACIENTES CON MOLA HIDATIDIFORME



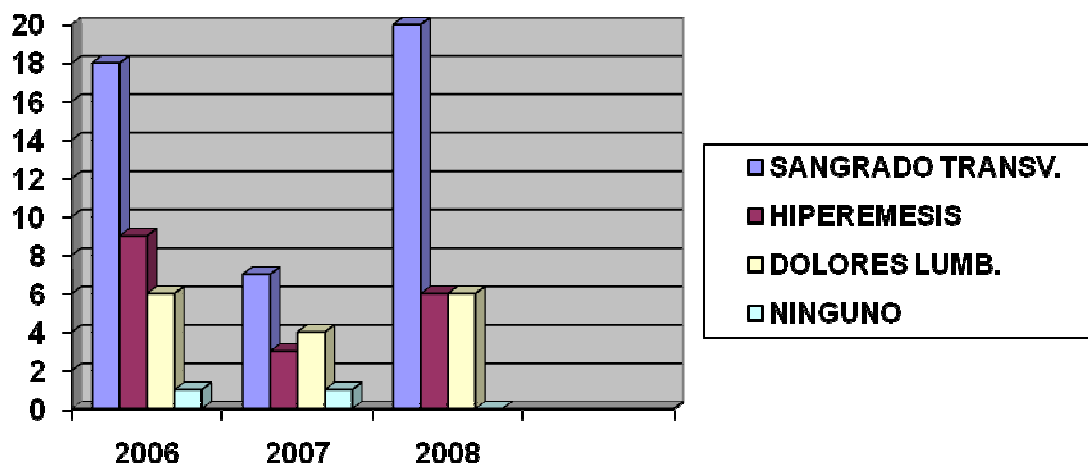
*Datos obtenidos del Departamento de Estadística y archivo del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana, de los años 2006-2008

A pesar que la mola hidatidiforme se hace sintomáticamente usualmente a partir de las 6 u 8 semanas de gestación en nuestro estudio la edad Gestacional promedio al momento de diagnostico vario entre las 11 a 23 semanas de gestación,

TABLA 8 SINTOMATOLOGIA

SINTOMATOLOGIA	2006	2007	2008
SANGRADO TRANSVAGINAL	18	7	20
HIPEREMESIS GRAVIDICA	9	3	6
DOLORES LUMBOPELVICOS	6	4	6
NINGUNO	1	1	0
TOTAL	34	15	42

GRAFICA#8 PRINCIPALES SINTOMAS QUE PREDOMINAN EN LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE MOLA HIDATIDIFORME



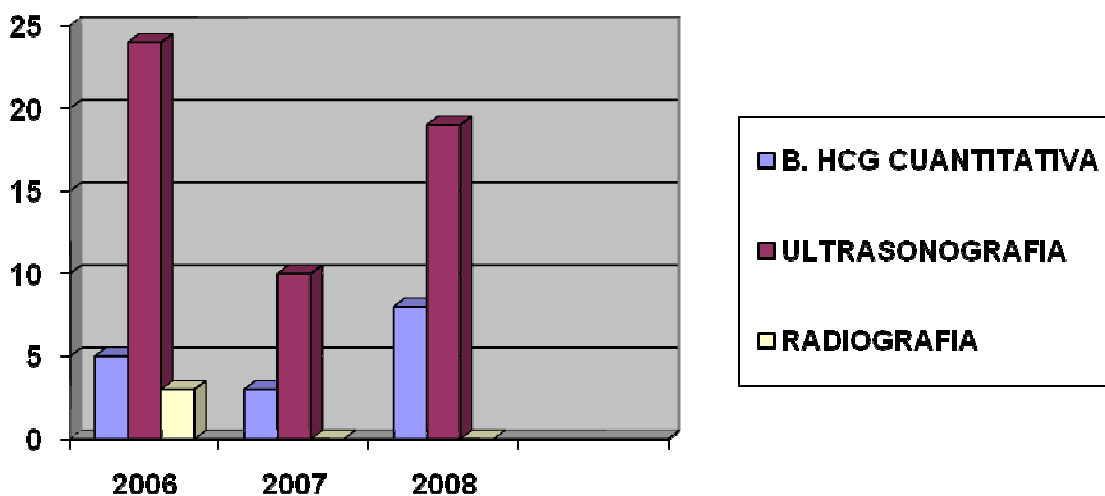
*Datos obtenidos del Departamento de Estadística y archivo del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana, de los años 2006-2008

La hemorragia vaginal es el signo de presentación más común. Seguido por aquellas pacientes que presentaban hiperémesis gravídica. De la hiperémesis, parece estar en relación con el aumento del tamaño uterino y las elevadas concentraciones de HCG en sangre

TABLA 9 DIAGNOSTICO

METODO DIAGNOSTICO	2006	2007	2008
B.HCG CUANTITATIVA	5	3	8
ULTRASONOGRAFIA	24	10	19
RADIOGRAFIA	3	0	0
TOTAL	32	13	27

GRAFICA#9 METODOS DIAGNOSTICOS UTILIZADOS EN LAS PACIENTES CON MOLA HIDATIDIFORME EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA EN EL PERIODO DE 2006-2008



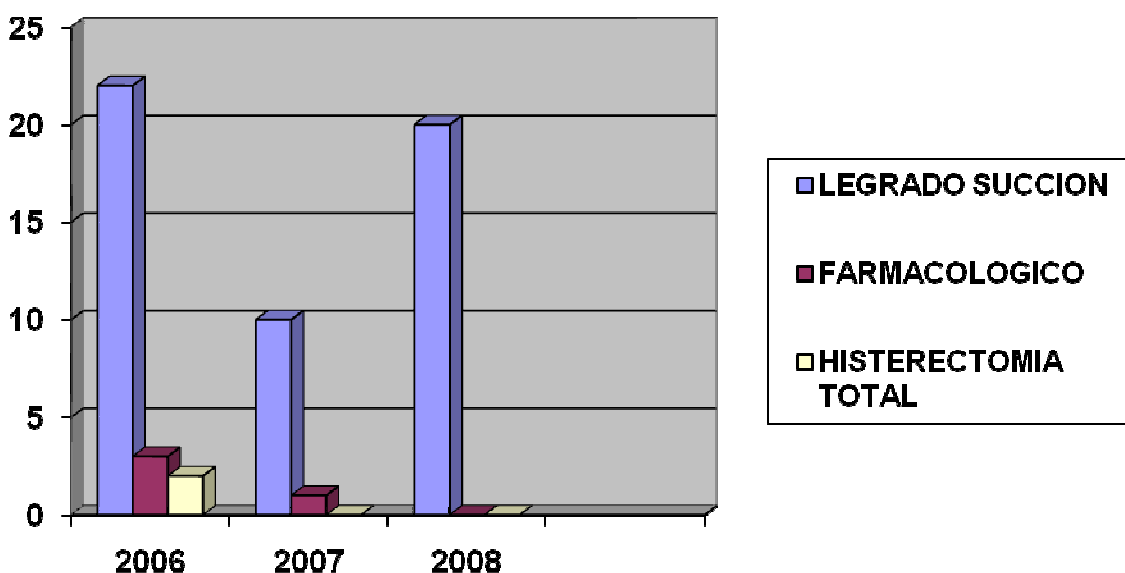
*Datos obtenidos del Departamento de Estadística y archivo del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana, de los años 2006-2008

En esta grafica podemos observar que el método utilizado para el diagnostico de dicha patología fue por medio de la ultrasonografía pélvica, en algunos casos se tomaban además la cuantificación de la hormona gonadotropina corionica humana, en casos muy raros se apoyaban de la radiografía para descartar metástasis pulmonar

TABLA 10 TRATAMIENTO

TRATAMIENTO	2006	2007	2008
LEGRADO SUCCION	22	10	20
FARMACOLOGICO	3	1	0
HISTERECTOMIA	2	0	0
TOTAL	27	11	20

GRAFICA #10 TRATAMIENTOS ELECTIVOS UTILIZADOS EN LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE MOLA HIDATIDIFORME EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA PERIODO 2006-2008



*Datos obtenidos del Departamento de Estadística y archivo del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana, de los años 2006-2008

Existen diversas modalidades para la evacuación de una mola hidatidiforme, y la elección puede depender en gran parte de las circunstancias locales e individuales, el método mas utilizado fue el legrado succión, solo se reportan 2 casos en los cuales fueron necesarias la realización de histerectomía totales, debido a la complicación de los casos de las pacientes

DISCUSION DE RESULTADOS.

En los tres años estudiados, se atendieron un total de 4,909 pacientes en ingresados en el servicio de ginecología del Hospital san Juan de Dios de Santa Ana de los cuales 65 pacientes fueron diagnosticadas con mola hidatidiforme, siendo una incidencia de 0.013%. Todos ellos con confirmación anatomopatologica. La ocurrencia anual de embarazo anual ha ido disminuyendo en los últimos años, de los 65 casos de mola hidatidiforme, 3 correspondieron a mola parcial, y 2 mola invasora., asi como también se observo que para el año 2006 hubo un incremento en casos en comparación con los años 2007 y 2008 como también se reportaron la realización de 2 histerectomías por la complicación de los casos.

La edad promedio del grupo de pacientes incluidas fue de 16-20 años de edad como se observa en la tabla numero 1. Refiriéndose a la edad de primera gestación, los datos reportados Encontramos que, en promedio, las pacientes con embarazo molar gestaron por primera vez a una edad más temprana en comparación con controles obstétricos Este hallazgo es en el que señalan un incremento del riesgo asociado a una primera gestación antes de los 22 años. mientras que se observa una incidencia en el lugar de procedencia rural de dichas pacientes en donde fue un mayor de 39 que consultaron por dicha patología.

No se encontró un factor de riesgo entre el número de gestaciones previas, número de abortos con la presencia de enfermedad

Ninguna paciente en el momento de estudio presento antecedentes de un embarazo molar previo, no lográndose demostrar una incidencia significativa del riesgo asociado a este precedente

Al estudiar el efecto de la paridad sobre la susceptibilidad de desarrollar un embarazo molar, se encontró un factor de riesgo para esta patología, no hallamos interacción entre la paridad y el antecedente de aborto previo como riesgo de desarrollar posteriormente un embarazo molar.

Mientras que se observa que la incidencia en la sintomatología se encuentra bien marcada por aquellas pacientes que consultaron debido a la presencia de sangrado transvaginal acompañado o no de dolor y en algunas solamente presentaban hiperémesis gravídica, el método diagnostico de confirmación que se utilizo fue el de la ultrasonografía pélvica, en algunos casos se utilizo la cuantificación de la hormona gonodotropina corionica humana y en casos muy raros se utilizo radiográfica para descartar posibles metástasis coriales.

El tratamiento de elección en este centro hospitalario se enfoca en lo que es el legrado succión, solamente se tienen 2 casos de pacientes a las que se les realizo histerectomía total debido a la complicación de sus casos. No se reporto ningún fallecimiento por esta patología.

CONCLUSIONES

La incidencia de Embarazo Molar es de un 0.013% en relación al número de pacientes ingresadas en los correspondientes años estudiados, cuyas edades se agrupan en el rango de 16-20 años, provenientes el mayor numero de la zona rural, no se demostró que el estrato socioeconómico constituya un factor de riesgo, el grado de escolaridad se asocio con un riesgo menor debido q la mayoría de pacientes solo tenía estudios primarios

Con respecto a la multiparidad se demostró un efecto de riesgo para la formación de un embarazo molar debido a una incidencia del 0.49% en aquellas pacientes que habían presentado más de 2 embarazos en comparación a las primigestas que fue del 0.34% de la población estudiadas de las cuales además ninguna presento un antecedente de embarazo molar previo.

El 0.69% de los casos las pacientes presentaron sangrado transvaginal en comparación con un 0.27% que solamente presentaron hiperémesis gravídica, siendo este el signo clínico presente en dicha patología

El método diagnostico predominantemente en el servicio de ginecología del Hospital san Juan de Dios para esta patología es la ultrasonografía pélvica,

Y como tratamiento de elección es el legrado succión

RECOMENDACIONES

Se recomienda a toda paciente embarazada que inicie sus controles prenatales tempranamente. Especialmente las adolescentes como grupo de riesgo

Utilizar métodos diagnóstico como la ultrasonografía tempranamente al inicio del embarazo.

Explicar a toda embarazada los síntomas normales que se dan en el embarazo y cuales se catalogan como anormales de alguna patología en este caso la mola hidatidiforme.

A toda paciente con antecedente de mola previa se debe realizar los exámenes respectivos y hacer énfasis al médico para las precauciones respectivas.

Como es más frecuente la incidencia de mola en la zona rural es necesario educar a la paciente específicamente la adolescente todo lo que respecta a esta y otras patologías

BIBLIOGRAFIA

Normas de Atención Obstétrica y Ginecológica Hospital de Maternidad de El Salvador 2002.

F. Gary Cunningham, Jack A. Pritchard, Beatrice & Miguel Elias, Larry C. Gilstrap, Norman F. Gant, Kenneth J. Leveno, Gillette, Williams Obstetric 21ª edición. 2001 McGraw Hill a Division of the McGraw Hill. Companies. Estados Unidos.

Drs.: JEFFERSON LUZ, VICUÑA RICARDO, RECHKEMMER ADOLFO Factores de riesgo en enfermedad trofoblástica gestacional: Estudio caso - control [en línea]. Ginecología y Obstetricia - Vol. 40 N°1 Enero 1994

Dr. Martínez Camilo Valentín Rodolfo, Dra. Álvarez Ponce Vivian Comportamiento de la Neoplasia Trofoblástica Gestacional durante 10 años [en línea]. Rev Cubana Obstet Ginecol 2002;28(3)

http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol28_3_02/gin03302.htm

http://sisbib.unmsm.edu.pe/BvRevistas/ginecologia/Vol_40N1/f_riesgo.htm

GLOSARIO

HCG: Hormona gonadotrópica coriónica

Neoplasia: Crecimiento anormal de un tejido nuevo benigno o maligno

Metástasis: Proceso por el cual las células tumorales se diseminan hacia partes distantes del organismo.

Cariotipo: Imagen cromosómicas completa de un individuo o especie descritas en términos de número, forma, tamaño, y distribución en el núcleo.

Triploidia: Relativo a un individuo organismo o especie que posee 13 juegos de cromosomas el triple de número haploide normal

EGT: Enfermedad Gestacional de trofoblasto

Hiperémesis gravídica: Trastorno del embarazo que se caracteriza por la prolongación de la tendencia de vómito después del 1º trimestre, pérdida de peso, y desequilibrio hidroelectrolítico, cuneado es grave y no mejora con tratamiento puede dar lugar a lesión cerebral, insuficiencia renal hepática y muerte.

Oncología: Rama de la medicina que trata del estudio de los tumores.

Legrado: Raspado de material de la pared de la cavidad u otra superficie realizado para eliminar tumores u otros tejidos anormales u obtener tejido para un examen microscópico

Tumor: Hinchazón o aumento de tamaño propio se los procesos inflamatorios.

Crecimiento histico caracterizado por proliferación circular descontrolada y progresiva.

Vesícula Lesión de la piel consistente en una pequeña colección de líquido seroso contenida entre los espacios intercelular de la epidermis y recubierta por una fina membrana.

Amnios: Membrana que cubre la cara fetal de la placenta formando la superficie externa del cordón umbilical y constituyendo la capa mas externa de la piel del feto en desarrollo.

Homocigotos: Que tiene 2 genes idénticos en el mismo locus de los cromosomas homólogos.

Metrorragia: Hemorragia uterina no relacionada con la menstruación, puede deberse a lesiones del útero y a veces constituye un signo de neoplasia maligna urogenital especialmente el cáncer de cervical.

Protrombina: Proteína plasmática precursora de trombina la transformación de protrombina en trombina primer paso de la formación del coagulo

Plaquetas: El menor de los elementos formados de la sangre tiene forma de disco y no contiene hemoglobina, es esencial para coagulación de la sangre su cifra alcanza normal 200,000 a 300,000.

Fibrinógeno: Proteína plasmática para la coagulación de la sangre que es convertida en fibrina por la trombina en presencia de iones calcio

Legrado succión: Método de legrado en el en el cual se elimina por aspiración una muestra de endometrio o producto de la concepción.

ANEXOS

CRONOGRAMA

ETAPAS DE LA INVESTIGACION	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
Creación del perfil de investigación	XXXXXX	XXXXXX			
Presentación del perfil de investigación		XXXXXX			
Aprobación del perfil de investigación			XXXXXX		
Presentación del protocolo				XXXXXX	
Aprobación del protocolo				XXXXXX	
Recolección de datos				XXXXXX	
Análisis y tabulación de datos				XXXXXX	
Creación del informe final				XXXXXX	
Entrega y presentación del informe final				XXXXXX	
Defensa y exposición del trabajo de investigación				XXXXXX	XXXXXX

ANEXO

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE.



GUIA PARA RECOLECCION DE DATOS DE LOS EXPEDIENTES CLINICOS DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE MOLA HIDATIDIFORME EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA EN EL PERIODO DE ENERO 2006 A DICIEMBRE DE 2008.

- **OBJETIVO:** conocer el perfil epidemiológico de la paciente por medio del cuadro clínico así como los métodos utilizados para el diagnóstico y el tratamiento que se brindo a dichas pacientes en el servicio de patologías del embarazo del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana.

1- Datos Generales

Edad Estado civil: sexo: Lugar de Procedencia: Rural Urbano

Nivel de Escolaridad Peso Talla

2- Consultan por

3- Antecedentes Personales:

Enfermedades Concomitantes

4- Antecedentes Familiares:

Antecedentes de Abortos

Antecedentes de enfermedad gestacional Del trofoblasto.

5- Antecedentes Ginecológico Obstétricos:

Menarquía IRS # compañeros sexuales G P P A V

Legrados Previos ITS

6-Utilización de método de planificación familiar

Si	No	Método de Planificación Familiar utilizado	Tiempo de uso
----	----	--	---------------

7- Sintomatología:

Sangrado transvaginal hiperémesis gravídica

Amenorrea Aumento tamaño uterino Otros

8- Método de diagnóstico.

Concentración de HCG cuantitativa relacionada con la edad gestacional.

USG transvaginal con dopler USG . Radiografía

9- Edad Gestacional de LA MOLA HIDATIDIFORME

11- Métodos terapéuticos utilizados

Legrado succión, histerectomía, farmacológico

12-Complicaciones que presentaron las pacientes

Shock Muerte

Otros

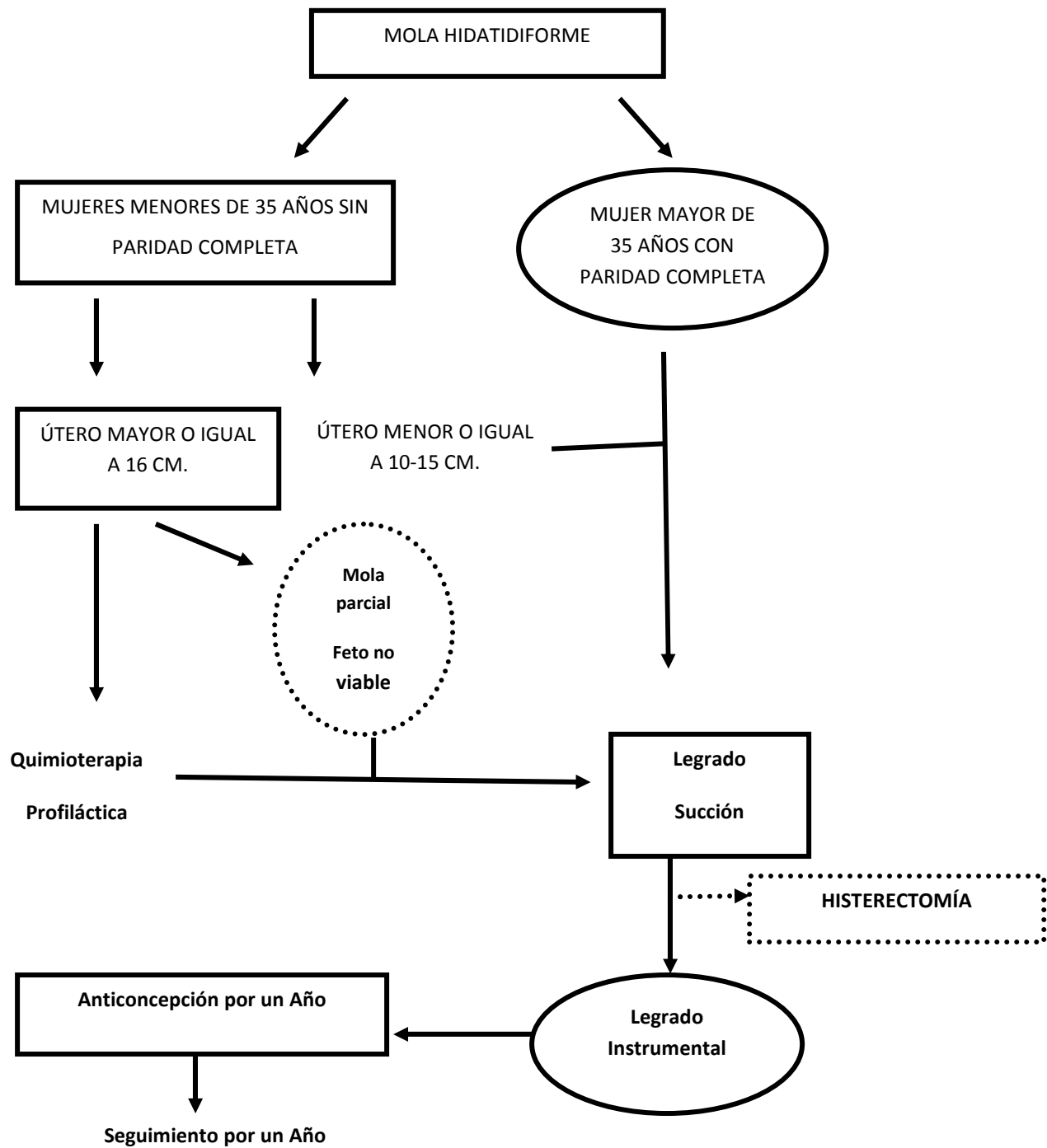
13- Días de estancia hospitalaria.

14- Supervivencia

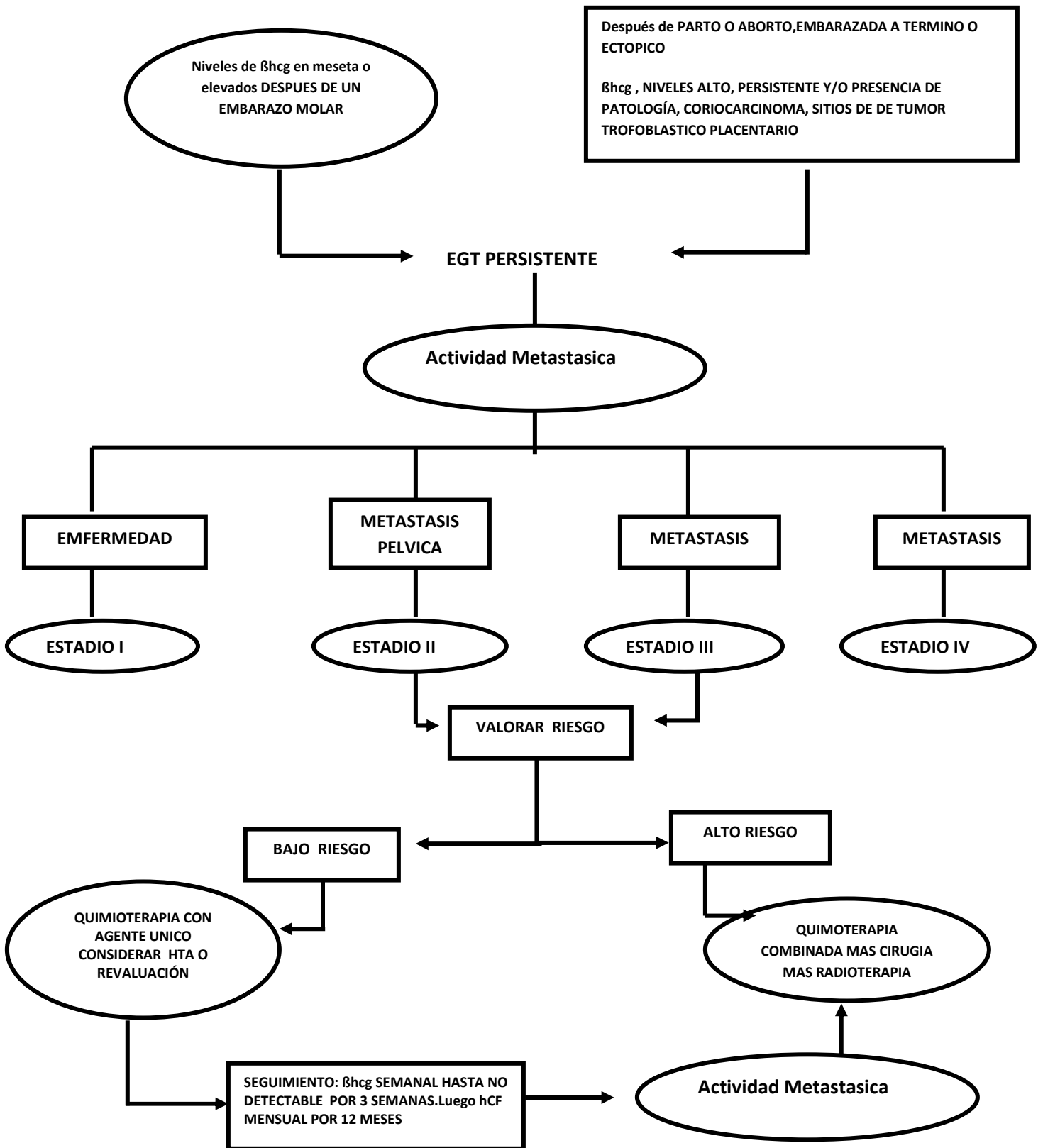
ANEXO 2

FLUJOGRAMA DE DECISIONES PARA EL MANEJO DE EGT

ESQUEMA No. 1



CONDUCTA.EMFERMEDAD GESTACIONAL DEL TROFBLASTOPERSISTENTE



PRESUPUESTO

ELABORACION DE PERFIL	GASTOS
Gastos de transporte	\$130.00
Impresiones	\$ 40.00
Anillados	\$ 10.00
Internet	\$ 40.00
TOTAL	\$220.00

ELABORACION DE PROTOCOLO	GASTOS
Gastos de transporte	\$120.00
Impresiones	\$ 15.00
Anillados	\$ 7.00
Internet	\$ 25.00
TOTAL:	\$165

ELABORACION DE INFORME FINAL	GASTOS
Recolección de datos	\$120.00
Gastos de transporte	\$60.00
Impresiones	\$50.00
Empastado	\$140.00
Internet	\$ 20.00
Alimentación	\$140.00
Horas de trabajo de recursos	\$60.00

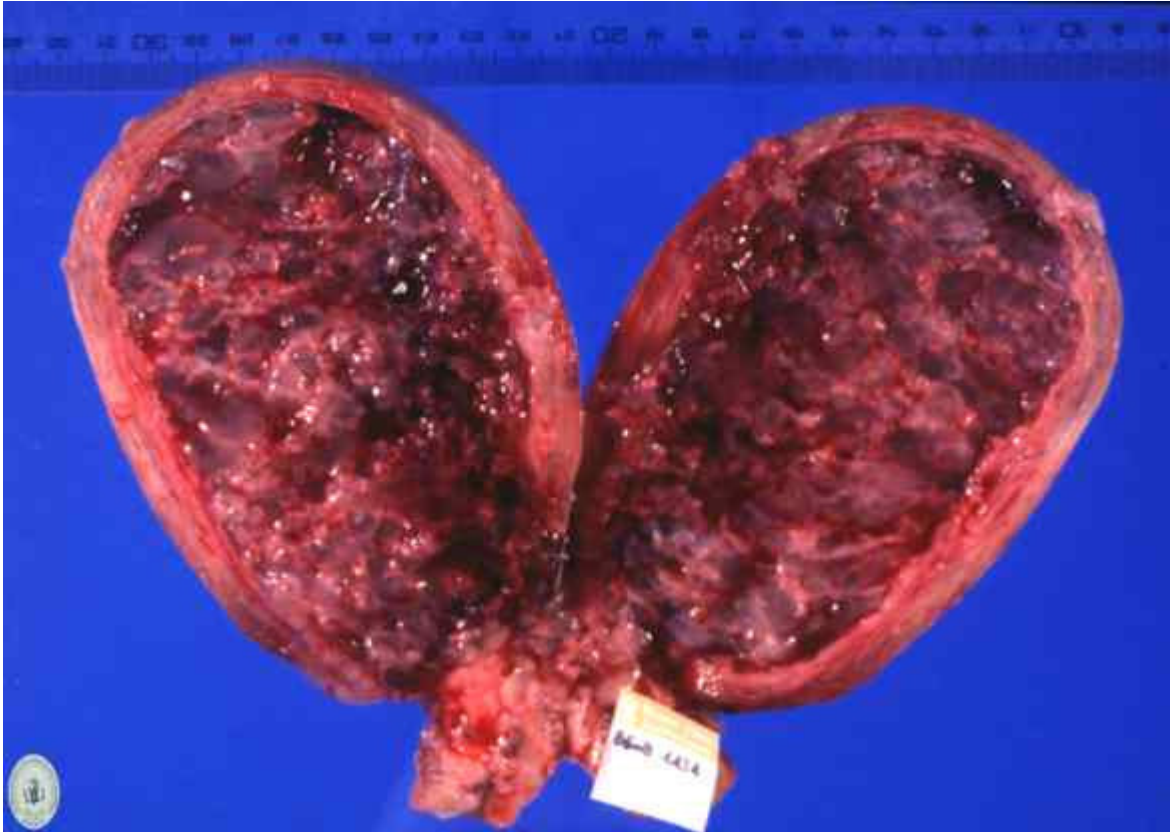
TOTAL:

\$560



MOLA PARCIAL (figura 1)

MOLA COMPLETA (figura 2)



MOLA INVASORA



figura (3)