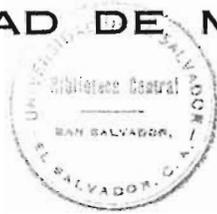


UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA



CASOS DE MOLA HIDATIDIFORME Y CORIOCARCINOMA

En el Hospital de Maternidad General durante 5 años

(1954 - 1959)

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR

JOSE Ma. JAVIER ROJAS HERNANDEZ

PREVIA LA OPCION DEL TITULO DE

DOCTOR EN MEDICINA

SAN SALVADOR

EL SALVADOR

CENTRO AMERICA

ENERO DE 1962

T.
676.9926
R747C
1962
F-med
G.2

UES BIBLIOTECA CENTRAL



INVENTARIO: 10125548

33601

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

Rector:

DR. NAPOLEON RODRIGUEZ RUIZ

Secretario General:

DR. ROBERTO EMILIO CUELLAR MILLA

FACULTAD DE MEDICINA

Decano:

DR. JOSE KURI A.

Secretario:

DR. TOMAS PALOMO ALCANE

JURADOS QUE PRACTICARON EXAMENES PRIVADOS
DE DOCTORAMIENTO

Clínica Obstetrica:

Dr. Ricardo J. Burgos
Dr. José Isaiás Mayén
Dr. Benjamín Valdés h.

Clínica Médica:

Dr. Luis Edmundo Vásquez
Dr. Donaldo Moreno Bulnes
Dr. Guillermo Rivera Palomo

Clínica Quirúrgica:

Dr. Orlando De Sola
Dr. Fernando Alvarado Piza
Dr. Julio César Ulloa

DOCTORAMIENTO PUBLICO

Dr. Antonio Lazo Guerra
Dr. Armando Vaquerano
Dr. Jorge Alberto Escobar

O F R E C I M I E N T O

A mi esposa con todo cariño:

Armida Campos de Rojas.

A mis hijitos:

Roxana Aurelia

Javier Antonio

María de los Angeles.

DEDICATORIA

A mis queridos padres:

Antonio Rojas Camacho

Aurelia Hernández de Rojas

A mis hermanos-nas.

A mi suegra:

Sara Campos Flores

A doña Magdalena vda. de Castro.

AGRADECIMIENTO

Al personal del Archivo de Maternidad General.

A mis Profesores

A mis compañeros y amigos.

P L A N D E T E S I S

- I) PROLOGO

- II) MOLA HIDATIDIFORME, CORIOCARCINOMA Y CORIADENOMA, DES
TRUCTIVO, GENERALIDADES:
 - a) Definiciones, Frecuencia, Síntomas, Diagnóstico, A
natomía Patológica, Pronóstico, Tratamiento.
 - b) Coriocarcinoma: Patología, Historia Clínica, Pronós
tico, Diagnóstico, Tratamiento.

- III) CUADROS SINOPTICOS

- IV) ANALISIS DE LOS CUADROS ANTERIORES

- V) CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- VI) BIBLIOGRAFIA

P R O L O G O

El presente tema escogido como Tesis Doctoral lo he elaborado revisando los Casos de Mola Hidatidiforme y Coriocarcinoma, del Archivo del Hospital de Maternidad General, de San Salvador durante 5 años, es decir, en el período comprendido entre 1954 (año en que empezó a funcionar dicho centro) hasta 1959.

El objeto primordial de este trabajo es aportar y comparar datos de nuestra propia Patología, con estudios anteriores nuestros y también con los extranjeros.

Como para las pacientes que tengan o hayan tenido mola o coriocarcinoma, es importantísimo: los exámenes de laboratorio, en especial, - control de la presencia de gonadotropina coriónica en su organismo, lo mismo que su repetido control después de haber sido dadas de alta, al empezar este trabajo, creí que se estaban llevando a cabo estrictamente o por lo menos en forma satisfactoria, pero he comprobado que no es así, habiendo varias razones, que al ir analizando, más adelante nuestro trabajo las pondré en claro.

Ojalá este humilde trabajo sirva a los futuros estudiantes de Medicina, ya que en él se analiza la frecuencia y demás datos referentes a Mola Hidatidiforme y Coriocarcinoma en nuestro ambiente, lo mismo que sería de gran satisfacción para mí, que sirviera para comparación de futuros estudios, que desde luego habrá sobre este tema y por último que sirva para ver los errores y deficiencias en nuestro medio, respecto al modo de conducir a esas pacientes con estas dolencias, para evitar dichos errores y tratar de mejorar en lo posible las técnicas, procedimientos etc. referentes a curar o por lo menos aliviar a las pacientes y así cumplir con uno de los postulados más sagrados de la Profesión Médica.

MOLA HIDATIDIFORME CORIOCARCINOMA Y

CORIADENOMA DESTRUCTIVO.

Definiciones. La mola hidatidiforme: es una neoplasia benigna del corión. El coriocarcinoma, antes llamado corioneptelioma, es un tumor maligno del corión. El coriadenoma destructivo o mola maligna es una neoplasia del corión, localmente invasora, que comparte ciertas características de la mola hidatidiforme y del coriocarcinoma; en consecuencia, puede considerarse, comparativamente, como una neoplasia de tipo intermedio.

Aunque la mola hidatidiforme es poco común y el coriocarcinoma y el coriadenoma destructivo son raros, por su gravedad se les ha prestado mayor interés de lo que justificaría su poca frecuencia. Estos tumores presentan multitud de problemas interesantes, como los siguientes: evolución clínica irregular, variaciones histopatológicas entre la mola benigna y el coriocarcinoma muy maligno, relación que ambos guardan con el trofoblasto normal y su potencia invasora y actividad biológica similar en todos ellos. Frecuencia. La mola hidatidiforme se presenta aproximadamente en uno de cada dos mil embarazos, aunque en el Oriente su frecuencia es mucho mayor (Novak y Seah). Por lo general ocurre en el período reproductivo de la vida de la mujer, aunque algunos estudios indican que es más frecuente después de los cuarenta años. Por ejemplo: EASTMAN relata un caso de mola hidatidiforme en una mujer cuya edad comprobada era cincuenta y cinco años. Gaetane y Labriola, lo mismo que White (coriocarcinoma), han relatado casos semejantes.

Acosta-Sisson en la federación general de Obstetricia y Ginecología en el II Congreso Mundial en el Canadá en 1958, estableció que la incidencia de la Mola hidatidiforme y el coriocarcinoma era alrededor

de 1 x 145 casos en las Filipinas, 1 x 232 en el Japón y 1 en cerca de 3.000 en Estados Unidos. Sin embargo, Eastman nos dá la cifra de 1 x 2.000 en los Estados Unidos, él atribuye, que la incidencia en China de 8 a 10 veces está aumentada, debido a la nutrición pobre y posiblemente a enfermedades crónicas, tales como tuberculosis, más bien que a cualquier característica oriental genética.

SINTOMAS

En sus primeros períodos la mola no tiene ninguna característica que la distinga de la gestación normal. Si no ocurre el aborto al principio de la gestación, a menudo el útero crece más rápidamente que de ordinario, de suerte que su tamaño es mayor del que debiera de tener de acuerdo con la duración calculada del embarazo. Esto se observa aproximadamente en la mitad de los casos; en el resto el útero es de tamaño usual o menor. La hemorragia uterina es el principal síntoma y puede ser muy leve ("manchas") o abundante, algunas veces comienza inmediatamente antes del aborto; pero, por lo común, es intermitente por espacio de algunas semanas o meses. Ocasionalmente se expulsan vesículas hidatídicas. Tarde o temprano la mola es abortada o extraída por medio de la operación quirúrgica. La expulsión espontánea suele ocurrir hacia el tercer mes y rara vez se retarda hasta después del sexto.

En mola hidatidiforme es común la infección uterina, lo cual es comprensible cuando se presenta un período de amenaza de aborto con el cuello uterino entreabierto, hemorragia y gran conglomerado de tejido poco vascularizado en el interior del útero. Suele observarse anemia, principalmente debido a hemorragia; a veces es mucho mayor que la pérdida de sangre.

La hiperemesis es más frecuente y tiende a ser más grave y prolongada.

gada en la mola hidatidiforme que en el embarazo sin ella. La mola se acompaña a menudo de preclampsia grave; especialmente cuando el tumor es grande. La toxemia se puede presentar al comenzar el segundo trimestre, período en el que usualmente no se observa dicha anomalía.

DIAGNOSTICO.

A menudo no se diagnostica la mola hidatidiforme hasta que es expulsada. Puesto que el síntoma común es la hemorragia, por lo general primero se piensa en amenaza de aborto. En ocasiones expulsan vesículas y el diagnóstico es claro. En una embarazada con hemorragia persistente, cuyo útero es mayor que lo que cabe esperar según la duración calculada del embarazo; debe sospecharse mola. Es necesario pensar en estas posibilidades: errores en los datos acerca de la menstruación y que el útero grávido esté demasiado grande a causa de miomas, polihidramnios o embarazo múltiple. Cuando la gestación está avanzada pueden ser útiles la palpación de las partes fetales, la percepción de movimientos y latidos cardíacos del feto y la observación del esqueleto fetal en las radiografías. Los datos positivos son seguros, pero los negativos son menos fidedignos, pues en el estudio radiológico ordinario a menudo no se observa el esqueleto de un feto de 5 meses.

La mola hidatidiforme produce abundante gonadotropina coriónica, resultado del gran crecimiento del trofoblastos, pues todos los datos indican que las células de Langhans elaboran esta substancia. Por consiguiente, es posible que los ensayos biológicos de la gonadotropina coriónica, constituyan el factor decisivo en el diagnóstico de mola. Se ha discutido mucho el valor de este método; pero es indudable que es muy útil si se observan ciertas normas: 1) empleo de un método cuanti

tativo fidedigno, y 2) que haya cierta correlación con los datos clínicos tomando en consideración la curva de la secreción de gonadotropina en el embarazo normal.

Los estudios deben efectuarse con suero sanguíneo, pues la concentración de gonadotropina es menos variable en la sangre que en la orina. Eastman dice que el método que se funda en el peso del útero de la rata inmadura es el más seguro. Los resultados del ensayo deben compararse con la curva de gonadotropina sérica en el embarazo normal de duración equivalente. Cuando el nivel es mucho mayor que lo normal para ese período particular de la gestación se puede diagnosticar mola hidatidiforme. (Hay que tener presente que el descenso de la curva desde su punto máximo se retarda un tanto en el embarazo múltiple, pero la naturaleza de dicha curva es igual que en el embarazo único). Considerando la curva de la gonotropina en el embarazo normal, es claro que no puede tomarse ningún único como linderero entre la gestación normal y la anormal. Los valores muy altos en los dos o tres primeros meses carecen de significación, ya que se observan con frecuencia en el embarazo normal. De esta suerte, el ensayo biológico no es útil para diagnosticar la mola en su período incipiente. Sin embargo, después de 100 días contados desde el último período menstrual, en el embarazo normal la gonadotropina disminuye rápidamente, de manera que la concentración persistentemente alta o creciente en esta época es signo bastante claro de crecimiento anormal del trofoblasto. Si hubiere la menor duda se resolverá ésta haciendo unos o más ensayos repetidos con intervalos de una semana.

Antes se creía que la presencia de gonadotropina coriónica en el líquido cefalorraquídeo indicaba mola hidatidiforme o coriocarcinoma; -

pero es probable que sólo traduzca la elevada concentración sanguínea. El ensayo de la gonadotropina coriónica en el líquido cefalorraquídeo a veces es negativo en la mola hidatidiforme y en el coriocarcinoma, y ocasionalmente positivo en el embarazo normal. Por ejemplo: Hashimoto observó reacción positiva de Aschheim-Zondek en cinco casos de gestación normal empleando 18 a 20 cm. de líquido cefalorraquídeo y Palmer obtuvo 6 reacciones positivas en el líquido cefalorraquídeo entre 42 embarazadas normales y una reacción negativa en una paciente con corio carcinoma.

Veamos algunas pruebas para investigar gonadotropina coriónica en la orina:

Si se harán las pruebas en la orina, se requiere que la paciente no tome líquidos después de las 7 p.m., que orine al acostarse y deseche esta orina y lo que orine por la noche o en la mañana lo guarde en un recipiente limpio, para hacer allí las reacciones.

Reacción de Aschheim-Zondek:

La orina así tomada, se filtra si es necesario. Si no se va a usar inmediatamente, se guarda en el refrigerador y después se entibia; con que esté la orina a la temperatura ambiente, es suficiente, antes de que se vaya a usar.

En un período de dos días y en seis diferentes ocasiones, inyectándose subcutáneamente 0.4 c.c. de la muestra de orina, a cada una de cinco ratonas blancas inmatargas y de 6 a 8 gramos de peso. Cada ratona debe recibir un total de 2.4 c.c. de orina.

Cien horas después de la primera inyección, se matan las ratonas y se examinan los ovarios para ver si tienen folículos hemorrágicos o cuerpos amarillos. Cualquiera de estos o ambos, por lo menos en ratona,

indican reacción positiva. En caso de duda, se hace el examen microscópico de cortes seriados de los ovarios, teñidos con hematoxilina y eosina.

Si se sospecha la existencia de mola hidatidiforme, o de coriocarcinoma, se inyectan de la misma manera, diluciones de orina con agua destilada al 1 x 10, 1 x 100 etc.

Esta fué la primera reacción de este tipo y de allí se originaron otras, porque tiene los inconvenientes siguientes: hay que aplicar muchas inyecciones, tiempo tan largo para saber el resultado y la dificultad de tener disponibles en cualquier momento, las ratonas inmatu- ras del peso especificado.

Reacción de Friedman:

Se recoge la orina igual que en la reacción anterior. Inyectar 10 c.c. de orina en la vena de la oreja de una coneja madura, que previamente haya estado aislada por cuatro semanas.

Veinticuatro horas o más, después de la inyección, se anestesia a la coneja, se le abre el abdomen y se examinan los ovarios para ver si contienen folículos hemorrágicos rotos de los íntegros, pues los segundos no indican reacción positiva. Si la reacción es negativa, se vuelven a explorar los ovarios veinticuatro horas después, para cerciorarse de que no se produjo una reacción positiva retardada.

Al cabo de cuatro semanas se puede volver a utilizar a la coneja, pero a causa de adherencias peritoneales, es preferible no usar este animal para hacer más de tres reacciones.

Esta reacción es de las más usadas en la actualidad y para los casos de mola o corio, se puede hacer también cuantitativa, haciendo di-

luciones de la orina que se va a emplear.

Pruebas con ranas machos o sapos:

Wiltberger y Miller usan la rana pipiens y la técnica es la siguiente: Se obtiene muestra de orina en ayunas. Se inyectan 5 c.c. de la orina en el saco linfático dorsal o lateral de la rana macho en un tarro de vidrio limpio, con tapadera perforada y se dejan de dos a cuatro horas a la temperatura ambiente. Después se examina la orina emitida para ver si contiene espermatozoides; si los hay es positiva, si no, se bota esta orina y se siguen examinando emisiones sucesivas de orina durante unas doce horas, hasta ver si aparecen. La ausencia de espermatozoides, es reacción negativa. Se pueden volver a usar las ranas machos a los cinco días.

Reacción de Galli-Mainini:

Este autor usa el sapo macho o Bufo Arenarum adulto que pese 100 grs. por lo menos. Antes de usarlo se tiene aislado para ver si no está en celo y se examina la orina de la cloaca para ver si no contiene espermatozoides. Se inyectan 10 c.c. de orina matinal bajo la piel del abdomen, la aguja se mete bajo la piel pectoral y se lleva hasta la parte más posterior del vientre.

A las 2 horas se mete una pipeta a 0.5 cm. de profundidad, en la cloaca, se aspira orina y se lleva al microscopio para ver si hay espermatozoides; en este caso es positiva. Si es negativa, se sigue examinando la orina con intervalos de 2 a 4 horas, hasta ver si aparecen espermatozoos. Así se puede tener el sapo por 24 horas. A los siete días se puede usar otra vez este sapo.

Otros métodos: La excreción de gonadotropina coriónica varía de un individuo a otro y de una muestra a otra, de la misma paciente. Se-

gún hicieron notar Foote y Jones, aunque la gonadotropina de la orina es un tanto similar a la del suero sanguíneo, no es exactamente igual. Por tal motivo a ninguna reacción para el diagnóstico del embarazo, -- fundada en la excreción urinaria, de gonadotropina coriónica, tiene -- igual exactitud ni la misma sensibilidad que las que se fundan en la concentración de esta hormona en el suero sanguíneo. En consecuencia, -- cuando se presentan problemas especiales de determinación cuantitativa de la gonadotropina coriónica existente en el organismo, conviene valerse de una técnica en que se utilice el suero.

Una de las más precisas y fieles es la que describió Delfs y que por varios años se ha usado en el Hospital Johns Hopkins con gran satisfacción. Se funda en el principio de que la gonadotropina coriónica inyectada a ratas inmaduras, en virtud de su acción en los ovarios, produce un aumento del peso uterino, proporcional a la dosis inyectada. Aunque la técnica es bastante dilatada para que sirva como reacción de rutina para el diagnóstico del embarazo, les ha parecido que es aditamento muy útil, siempre que se requieren certeza y precisión absolutas.

Reacciones cuantitativas:

Se considera que pueden hacer reacciones cuantitativas en todos los tipos de reacciones biológicas conocidas, pero la más usada parece ser la cuantitativa de Ascheim-Zondek: Inyéctese a grupos de cinco ratones hembras jóvenes, de 21 días de edad y 8 a 10 gramos de peso, con 6 dosis de 0.5 c.c. cada una, de orina diluída al 1 x 10; 1 x 50 y 1 x 100 y 1 x 1,000. La técnica seguida es la misma que para la reacción cualitativa de Ascheim-Zondek. Si la dilución 1 x 10 dá un resultado positivo, se presume que hay presentes en la orina, no menos de 3.330 unidades de gonadotropina coriónica por litro. Las cifras serán corres

pondientemente más altas si los resultados positivos se obtienen con diluciones más elevadas; por ejemplo: si es positiva al 1 x 1.000 es - que hay 333.000 U. ratón por litro de orina o suero o líquido examinado. Recordar que el resultado negativo, no excluye la presencia de los tumores que estamos estudiando, sean molas hidatidiformes o coriocarcinomas.

Anatomía Patológica. Parte de las vellosidades coriónicas, o todas ellas, se convierten en un conglomerado de vesículas claras. Usualmente no hay embrión, aunque en casos excepcionales se forma la mola en alguna porción de la placenta de un feto normal. El tamaño de las vesículas varía desde menos de 1 mm. hasta más de 1 cm. de diámetro; - cuelgan de pedículos delgados en forma de racimos de uvas. Este conglomerado puede adquirir gran volumen y algunas veces llena el útero hasta que este tiene el tamaño característico de un embarazo de seis o siete meses.

La estructura microscópica presenta los siguientes rasgos: 1) proliferación trofoblástica; 2) degeneración hidrópica del estroma vellosa, y 3) escasez de vasos sanguíneos. La primera de estas alteraciones es la concluyente, aunque a veces no sea la más evidente. Ambas capas de trofoblasto experimentan proliferación y las células de Langhans se reconocen por su forma poliédrica definida y sus núcleos, que se tiñen intensamente; el sincitio está representado por conglomerado de citoplasma con montones de núcleos que a menudo forman a manera de renuevos o células gigantes sincitiales. Las zonas de proliferación son más notables en las capas profundas cercanas a la pared uterina, y a menudo faltan en los racimos vesiculares de la cavidad distantes de --

los vasos sanguíneos. El grado de proliferación en las diferentes molas es muy variable. El estroma de las vellosidades se vuelve hidrópico, degenera y posee muy pocas células de estroma y escasos vasos sanguíneos. La mayor parte de las vesículas están formadas por este estroma, circundado de una capa muy delgada de trofoblasto. Antes se creía que mola hidatidiforme era una lesión degenerativa y no neoplásica, según indican los nombres que se les daban, como mixoma del corion y degeneración quística del corion. En su estudio clásico, publicado en 1895, Marchand comprobó que la proliferación del trofoblasto es la característica principal; actualmente, la mayor parte de los investigadores comparten esta opinión. Se puede considerar que la mola es una gestación patológica cuyo defecto primordial radica en el huevo.

Todavía se discute si todas las alteraciones hidatídicas de las vellosidades son una verdadera mola hidatidiforme o si existe un tipo de reacción degenerativa que sólo se asemeje a la mola en su período incipiente. Al estudiar huevos patológicos Hertig y Edmonds observaron degeneración hidatídica incipiente en las dos terceras partes. Sin embargo, es dudosa la transición de la llamada degeneración hidatídica a la mola hidatidiforme típica.

Se ha tratado infructuosamente de relacionar la estructura microscópica de la mola hidatidiforme con su potencial tendencia maligna. Por ejemplo: Novak y Seah no observaron tal relación en 120 casos de mola hidatidiforme ni en el tejido examinado por ellos en 26 casos de corio carcinoma que había ido precedida de mola hidatidiforme. En muchos casos que se transformaron en coriocarcinoma, el tejido de la mola mostró solo ligera proliferación trofoblástica, mientras que muchos casos de mola hidatidiforme presentaron proliferación trofoblástica intensa,

aunque su evolución fue benigna, después de efectuar la dilatación y el legrado.

En muchos casos de mola hidatidiforme se encuentran en los ovarios quistes luteínicos múltiples cuyo tamaño es variable desde microscópico hasta 10 cm. o más de diámetro. La superficie de los quistes es lisa y a menudo de color amarillento, y está tapizada de células proteínicas. Se ha calculado la frecuencia de estos quistes asociados con la mola desde 25 hasta 60%; esta diferencia depende de las bases empleadas para su clasificación; Novak recalcó que la mayor parte de los ovarios que presentan quistes macroscópicos poseen cambios quísticos microscópicos e hiperreacción luteínica, que a menudo abarca los elementos tecales y de la granulosa.

Se cree que los quistes luteínicos ováricos resultan de la estimulación excesivas de las células luteínicas por la abundante gonadotropina coriónica secretada por el trofoblastos en proliferación. El hecho de que no se observen alteraciones ováricas en el embarazo normal puede atribuirse a que la concentración muy elevada de gonadotropina no dura mucho tiempo. En general, la formación extensa de quistes suele asociarse con la mola hidatidiforme de mayor tamaño y con un largo período de estimulación. Los quistes experimentan regresión después de la expulsión de la mola y a la postre desaparecen.

Desde el punto de vista de composición electrolítica, el líquido de la mola es similar al de los líquidos intersticiales, como se encuentra en la ascitis y el edema.

Se presume que las vesículas de la mola acumulan líquido, a través de la secreción continua por el trofoblasto a las vellosidades, que son incapaces de expulsar tal líquido, debido a las deficiencias en su

vascularización.

PRONOSTICO.

Antes, la mortalidad de la mola hidatidiforme, era hasta de 10% principalmente a causa de hemorragia, infección y perforación uterina. En un análisis colectivo de 576 casos efectuado a fines del decenio de 1930, Mathiue halló una mortalidad inmediata de solo 1.4%. Con las -- transfusiones de sangre y la quimioterapia, esta cifra debe reducirse prácticamente a cero.

Diversos autores relatan que la frecuencia de la transformación de la mola hidatidiforme en coriocarcinoma es de 1 ó 2 por ciento hasta más de 10%. Esta discrepancia posiblemente se deba a la diferente interpretación anatomopatológica aunque es probable que la cifra menor sea la exacta con respecto al coriocarcinoma verdadero.

TRATAMIENTO.

El tratamiento de la mola hidatidiforme tiene dos aspectos; a saber: aborto o extracción inmediata de la mola, y vigilancia subsecuente de la mujer por si acaso se presenta coriocarcinoma. Usualmente el aborto de la mola es inminente; si ya está en progreso cuando se hace el diagnóstico, el tratamiento se concreta a terminar el aborto. Puede ser útil la estimulación con pitocina. Si la hemorragia es copiosa puede ser necesario evacuar el útero, primero con pinzas para huevo y después con la cucharilla; el legrado uterino se debe hacer con gran prudencia, pues el útero puede ser muy blando y fácil de perforar. La hemorragia puede ser muy abundante, y de allí la necesidad de tener preparada sangre para transfusión. Si la hemorragia no obliga al médico a intervenir se ha de estimular la conclusión espontánea del aborto y se diferirá el legrado hasta algunos días después, cuando el útero sea -

más duro en virtud de la involución. La infección también exige diferir el legrado uterino hasta que se haya dominado por medio de la quimioterapia. Sin embargo, al principio del puerperio, antes que la enferma sea dada de alta se ejecutará el legrado. De este modo se evita confusión en los estudios clínicos y los ensayos biológicos subsecuentes, ya que los fragmentos retenidos del trofoblasto podrían originar hemorragia y hacer positivo el ensayo de la gonodotropina coriónica, - datos que podrían interpretarse erróneamente como signos de neoplasia.

Algunos autores han aconsejado la histerotomía o la histerectomía como tratamiento de la mola, pero sólo se justifica en casos especiales. Cuando en los casos de mola es inequívoco y no existe signos de aborto espontáneo inminente y el útero llega hasta el ombligo o más arriba, la histerotomía puede ser el mejor tratamiento. La evacuación operatoria de un tumor muy grande por el cuello poco dilatado implica grandes riesgos de hemorragia y traumatismo. Cuando sea necesario emplear la vía abdominal en una paciente que ha parido varias veces quizás sea preferible la histerectomía, ya que resuelve el problema inmediato y reduce mucho el futuro peligro de coriocarcinoma.

En el período subsecuente de observación se aconsejará a las pacientes que han tenido mola hidatidiforme el uso de medidas anticonceptivas eficaces, pues una nueva gestación podría ocasionar confusión y hacer creer equivocadamente en la presencia de coriocarcinoma. Se han relatado varios casos de gestación normal tratados equivocadamente por la histerectomía.

Después de la expulsión de la mola hidatidiforme deben hacerse ensayos cuantitativos de la gonodotropina coriónica; conviene efectuarlos una vez por semana o cada dos semanas, hasta que sean negativos los

resultados, y luego una vez al mes hasta terminar un año. Aproximadamente en las dos terceras partes de las pacientes la gonodotropina coriónica desaparece alrededor de los 60 días y en la mayor parte de los casos es negativa a la reacción en el trigésimo día después de la evacuación. En algunos de los casos restantes la gonodotropina se reduce lenta, pero constantemente, y se requieren varios meses para que la reacción se vuelva negativa; pero no existe ninguna otra anomalía. Un número menor de casos, aproximadamente 10%, presentan concentración creciente y persistente de gonodotropina. Estos datos biológicos indican persistencia de trofoblasto vivo, o cuando la cifra aumenta, neoplasia proliferante activa. A menudo hay síntomas clínicos, en especial hemorragia irregular.

Este pequeño grupo de casos deben hacerse laparotomía exploradora e histerectomía. El legrado uterino repetido puede desorientar, dada la posibilidad de que el trofoblasto esté implantado profundamente en el miometrio, en lugar hasta el cual no puede llegar la cucharilla.

SOBRE TRATAMIENTO OTRO AUTOR DICE LO SIGUIENTE:

La evacuación del útero no es un procedimiento fácil algunas veces. El útero no solamente es más grande sino que también está más vascularizado. La pared uterina es delgada y soculenta y no da la protección adecuada contra la perforación por la cureta u otros instrumentos que les da el embarazo de 3 meses normal. Así si el cuello está dilatado y se intenta el curataje los peligros de hemorragia y perforación son mayores que los que ocurrirían en un aborto incompleto y no se debe intentar ningún vaciamiento del útero sin tener a la mano una cantidad de sangre adecuada. Es útil el uso de instrumentos grandes y romos

para la extirpación de la mola. La palpación del fondo uterino durante el curetaje es una guía útil.

Los peligros de la dilatación y curetajes son tales que se recomienda la inducción con oxitoxina aunque la mola se identificara en la 8, 10 ó 12a. semanas. Deben hacerse repetidos intentos con este tipo de inducción en casos de que el útero sea mayor que el tamaño correspondiente a un embarazo de tres meses. Si fallara la primera inducción con oxitocina es aconsejable intentarlo varias veces antes de resignarse a operar. Si la inducción con oxitocina da buen resultado debe recordarse que es más importante continuar este procedimiento con un curetaje para extirpar cualquier resto molar que pudiera existir.

Una vez que el útero ha sido satisfactoriamente evacuado debe llevarse a cabo una prueba cuantitativa de gonadotrofina coriónica una vez por semana por un período de 6 semanas y si es negativa debe continuarse una vez por mes por 1 año, no es raro que la prueba de gonadotrofina coriónica permanezca positiva por un período de 1 mes o 6 semanas aún en el caso de una mola benigna. Si permanece positivo debe ir disminuyendo progresivamente si es benigna. Un aumento súbito en la excreción de gonadotrofina coriónica ocurre en aquellos casos de posible degeneración maligna. En estas circunstancias debe hacerse un examen de rayos X del tórax y si es negativo debe efectuarse una histerectomía total inmediata, no es aconsejable en este punto efectuar otro curetaje con la esperanza de extirpar el tejido sospechoso puesto que el tejido puede haberse profundizado en el miometrio y sea inaccesible a la cureta.

Hay un punto acerca del cual el médico y la paciente deben estar alertas y es la posibilidad de otro embarazo que ocurra en el tiempo =

en que se están haciendo las pruebas de excreción de gonadotrofina coriónica. Un súbito aumento de gonadotrofina coriónica podría ocurrir naturalmente en el caso de un nuevo embarazo y naturalmente se debe considerar siempre esta posibilidad.

Si las pruebas de gonadotrofina coriónicas decrecen gradualmente en concentración y no se elevan durante el siguiente año es razonable presumir que la paciente ya no está en gran peligro de que el tejido molar residual vaya a sufrir degeneración maligna aunque se han reportado casos de una recurrencia aparente aún después de varios años.

CORIOCARCINOMA

Patología: Este tumor, sumamente maligno, se origina en el corion y por consiguiente, es de origen embrionario y no uterino. Se puede considerar como un carcinoma del epitelio corial, aunque por su desarrollo y sus metástasis se asemeja al sarcoma. Se desconocen las causas de la transformación maligna del corion. En el coriocarcinoma se exageran notablemente las tendencias del trofoblasto normal, al crecimiento invasor y a la erosión de los vasos sanguíneos. El aspecto macroscópico característico es el de un tumor de crecimiento rápido, que invade el músculo y los vasos sanguíneos del útero, con áreas de hemorragia y necrosis por coagulación. El tumor tiene color rojo oscuro o morado y es de estructura irregular y aspecto desagradable. Cuando invade el endometrio, por regla general hay desde muy al principio hemorragia, esfacelación e infección. Los conglomerados de tejidos encerrados en el miometrio pueden extenderse hacia afuera y aparecer en el útero en forma de nódulos irregulares y oscuros, que a la postre perforan el peritoneo.

Ewing hace la siguiente clasificación de los coriocarcinomas:

1) Corioadenoma destruens o mola placentaria destructiva, en este caso el útero está agrandado y contiene por lo general un tumor grande también; las metástasis no son frecuentes y si las hay, no son tan malignas. Al examinar estos tumores al microscopio, se pueden definir todos los elementos normales.

Este tipo, es el que ha estado en más controversia, pues hay algunos autores que lo consideran benigno, otros dicen que es maligno, y en fin, Novak y otros lo consideran como de tipo intermedio o maligno, pero al otro extremo del coriocarcinoma maligno, así como es diferente un adenocarcinoma de grado I con uno de grado IV, de la clasificación de Broders.

2) Coriocarcinoma: Este tipo es el más maligno de todos; el útero está moderadamente aumentado de tamaño, y los tumores son pequeños e infiltrantes, las metástasis son precoces y graves; al examen microscópico se ve proliferación del sincitio y de las células de Langhans y son más malignos los que tienen predominio por estas últimas.

3) Sincitioma, endometritis sincitial o corioma atípico de Marchand, en este caso no hay ningún tumor bien definido, el útero está moderadamente aumentado o grande, si se añade algún proceso inflamatorio; el estroma aparece al examen microscópico infiltrado por sincitio.

Examen microscópico de los coriocarcinomas: En los cortes histopatológicos se ven columnas y láminas de trofoblasto que penetran los músculos y los vasos sanguíneos de manera desordenada, entremezcladas con áreas de sangre coagulada. En algunos lugares se observa la formación rudimentaria de vellosidades, pero estas son variables y a menudo faltan del todo. Existen células de Langherans y sincitiales, pero es

posible que predominen unas y otras y se cree que las primeras son más malignas. Por lo general hay alteraciones celulares anaplásicas de -- cierto grado, y pueden ser muy notables. Sin embargo, tales alteraciones, a menudo no son un signo tan fidedigno de diferenciación, entre -- el crecimiento benigno y el maligno del trofoblasto; como lo son en otros tumores. Esta dificultad que ofrece la valoración de las células es una de las cosas que ocasionan errores en el diagnóstico de coriocarcinoma, cuando se examinan raspaduras uterinas en las que acaso no sea evidente la configuración general de la neoplasia. Erróneamente se han confundido con coriocarcinoma, las células de trofoblasto normal -- que están introduciéndose en el sitio placentario.

Por regla general, hay metástasis desde muy al principio, y de ordinario son hematógenas a causa de la afinidad que tiene el trofoblasto por los vasos sanguíneos, también hay metástasis por vía linfática, pero más rara. El sitio más común es el pulmón (más del 75%) y -- sigue luego la vagina (como en el 50%). En muchos casos se hallan metástasis en la vulva, los riñones, el hígado, los ovarios, y el cerebro. Las metástasis tienen aspecto de masas rojo-oscuras que al microscopio son típicas de coriocarcinoma. También en veces hay invasión a los parametrios, trompas y ovarios. En más de la tercera parte de los casos hay quistes luteínicos.

Historia Clínica: El coriocarcinoma solo se presenta una vez en muchos millares de embarazos, de suerte que tienen poca significación las estadísticas que indican su incidencia. Es más frecuente en el período reproductivo de la vida de la mujer, ya que, salvo en los casos raros en que se origina de una teratoma, es siempre consecutivo a un -- embarazo. En aproximadamente el 50% de las veces es consecutivo a la

mola hidatidiforme, en un 25% a un aborto y en otro 25% a un embarazo a término. Puede resultar de un embarazo ectópico o de uno intrauterino. En casos de teratomas, puede haber teratomas del testículo y ovario que sean corioepiteliomas, siendo más raro en el ovario. Hay también coriocarcinomas tubarios y ováricos, secundarios a embarazos ectópicos, por lo general embarazos molares ectópicos; es más frecuente el tubario y el ovárico es excepcional. En raras ocasiones coexiste con el embarazo, pero las más de las veces se desarrolla inmediatamente después. De cuando en cuando permanece en estado latente por largo tiempo, antes de adquirir desarrollo activo. Sin embargo, son de dudar estos casos publicados, pues bien puede suceder que en el intervalo, haya ocurrido un embarazo subsecuente con aborto en período incipiente - que se pasó inadvertido.

Con frecuencia no hay signos de malignidad inmediatamente después de la gestación. El signo más común, aunque no constante, es la hemorragia irregular en los primeros días del puerperio, la cual puede ser continua o intermitente, y aún súbita y abundante. La perforación del útero por el tumor, puede ocasionar hemorragia intraperitoneal, y la extensión del neoplasma a los parametrios acaso origine dolor y fijación que den indicios de inflamación. Es bastante frecuente la infección secundaria comcomitante.

Muchas veces el primer signo de neoplasia es la lesión metastásica, vaginal o vulvar. Posiblemente hayan síntomas pulmonares, como tos y esputos sanguinolentos, procedentes de metástasis pulmonares. En -- unas cuantas ocasiones ha sido imposible hallar coriocarcinoma en el útero y en la pelvis a causa de haber desaparecido la lesión original, dejando solo metástasis distantes de crecimiento rápido.

La perforación de la pared uterina por el coriocarcinoma, acompañada de hemorragia, a veces sumamente abundante en la cavidad peritoneal, es probablemente una complicación de este tumor, más común de lo que generalmente se cree. Por ejemplo, Acosta-Sison y Espaniola, hallaron 8 ejemplos de este accidente en 32 pacientes de coriocarcinoma (25%). En las 5 pacientes de Karl Wilson hubo una perforación. En 1942, Rosebloom dió a conocer un caso dramático de hemorragia intraabdominal mortal consecutiva a la penetración de la pared uterina por un coriocarcinoma; la abertura que hizo el tumor fué de 4 x 2 centímetros. Anspach y Hoffman estudiaron detalladamente el coriocarcinoma perforante en un artículo en que analizaron 7 casos tomados de la bibliografía y uno propio. Hicieron notar que el curso clínico de la mayoría de estos casos, se asemejó tanto al embarazo ectópico roto, que se hizo este diagnóstico 5 veces en los 8 casos publicados. En 3 ocasiones hubo hemorragia uterina antes de la perforación, en otras 3 hubo un período de amenorrea previa y en 2 notaron las pacientes hemorragia leve, solo manchas. Hay que hacer notar la circunstancia de que en tres ocasiones los síntomas agudos se presentaron casi inmediatamente después de un examen pélvico y de allí que los autores recomendaran proceder con mucho cuidado al hacer exámenes ginecológicos en casos sospechosos.

Pronóstico: Antes se decía que el coriocarcinoma era fatal en el 70 a 80% de los casos; Teacher hablaba del coriocarcinoma como "un tumor peculiarmente horrible y peligroso" y Ewing decía que nunca había visto un caso curado por la operación; pero muchos ha habido, todo depende del diagnóstico y tratamientos precoces. Actualmente el pronóstico ha mejorado mucho, pero no hasta el 5% de muertes, o sea un 95% de los casos curados, como sostiene Mathieu; lo que pasa talvez es que hu

bo error de clasificación en el estudio histopatológico.

Hasta en un 10% de casos se ha visto cura espontánea del tumor y de las metástasis y otros que han curado del tumor uterino, han muerto de las metástasis. En los casos de resistencia, se cree que es debido a un factor intrínseco de cierto organismos, el cual se opone al crecimiento del trofoblasto y de sus masas tumorales. Si no se modifica con el tratamiento, el curso del coriocarcinoma es progresivo y rápido, y las pacientes mueren en pocos meses o cuando mucho en un año, en la gran mayoría de los casos.

Diagnóstico: El factor más importante en el diagnóstico, es el tener presente la posibilidad de la existencia de este tumor. Todas las molas hidatidiformes son sospechosas y las pacientes deben ser observadas en la forma que se indicó al tratarse de la mola hidatidiforme. En muchos casos de hemorragia inusitada, después de un parto o de un aborto, se ha de recordar dicha posibilidad y se harán las investigaciones mediante el legrado y las reacciones biológicas del embarazo.

Es de hacer notar la circunstancia de que no se ha de dar absoluto crédito a las raspaduras, pues se requiere mucho cuidado para hacer el diagnóstico positivo de coriocarcinoma mediante el examen de dichas raspaduras, a menos que sean muy claros los signos de malignidad, pues según antes se dijo, es posible que el trofoblasto normal penetre profundamente en la pared uterina, en el sitio de implantación, y simule un coriocarcinoma. Por otra parte, es posible que el coriocarcinoma -- quede por debajo de la superficie del útero y no puede llegar hasta él la cucharilla.

La gonodrotrofina coriónica desaparece normalmente del suero sanguíneo y de la orina pocos días después del parto o del aborto, siempre



y cuando este último haya sido completo. Por consiguiente, si los ensayos indican valoración alta persistente o creciente de gonadotrofina después de dicho período, se tiene un signo evidente de neoplasia. Es necesario hacer la correlación entre los datos clínicos y excluir la posibilidad de que haya ocurrido un nuevo embarazo. Se harán ensayos - repetidos para evitar posibles errores de laboratorio, antes de hacer un tratamiento radical. Cuando haya metástasis distantes e inaccessibles, como en los pulmones y si se presenta la duda de si son ocasionadas por coriocarcinoma, el ensayo positivo de gonadotrofina, confirma el diagnóstico.

Recordar lo que se dijo en el capítulo de la mola hidatidiforme en lo referente a las reacciones biológicas en el coriocarcinoma. No es absolutamente cierto que es coriocarcinoma un tumor, cuando la gonadotrofina coriónica pasa de 200.000 U. ratón en sangre u orina, pues hay que tener en cuenta también la edad del embarazo y además hay embarazos normales y molas que han dado esa tasa o más, y coriocarcinoma - que no han llegado a esa cifra. Tampoco es absolutamente cierto que una reacción en el líquido cefalorraquídeo alta, es solo dada por el coriocarcinoma, también la pueden dar ocasionalmente las molas y los embarazos normales; y coriocarcinomas hay, que nunca dan reacción positiva en el líquido céfalorraquídeo, aunque sean de gran malignidad y en veces hasta con metástasis.

Tratamiento: Cuando se hace el diagnóstico de coriocarcinoma, se debe hacer una histerectomía total, con salpingoovariectomía bilateral y se extirparán todas las metástasis localizadas en la pelvis, la vagina y la vulva, que sean extirpables; después se radiará a la enferma - con Rayos X, por lo menos 8.000 r., en varios campos. Recordar que ha

habido casos de curación con sólo un raspado, pero no es aconsejable atenerse a esto. Al revés de lo que sucede ordinariamente con respecto a otras neoplasias malignas, está justificada la operación quirúrgica cuando ya el coriocarcinoma invadió tejidos vecinos o distantes, por medio de metástasis, ya que se han dado a conocer unos cuantos casos en que la metástasis tuvieron regresión después de la extirpación del tumor original. Las metástasis que no sean extirpables, se tratarán por medio de radiaciones con Rayos X. Con este procedimiento se han obtenido algunos buenos resultados, por más que muchas metástasis no responden al tratamiento y acaban matando a la paciente.

Se han reportado buenos resultados en el tratamiento del coriocarcinoma con metotrexate. Puesto que esta sustancia no pasa a la circulación cerebral se han reportado recurrencias malignas en el area cerebral, parece razonable creer que investigaciones farmacológicas posteriores modificarán el resultado de esta sustancia y que bañarán el cerebro así como cualquier otra sustancia.

Actualmente en el Hospital de Maternidad se están llevando a cabo experiencias con esta sustancia, pero es muy reciente para sacar conclusiones.

Cuadro No. 1

M O L A H I D I T I D I F O R M E

CASOS	Archi vo.	Edad	Embarazo		Edad Emb. Actual	Hemorrag.	Expuls. Aborto		Tam. Utero	Consist. Utero	Quieste Luteini
			A término	Aborto			Vesicul.	Molar			
No. 1 1954	1200	35 Añ.	VII	IV	1 mes	Moderada No dolor	NO	SI	Normal	Normal	Izq.
No. 2 1954	2244	40 Añ.	VI	0	2 "	Moderada dolorosa	NO	SI	5 mes.	Blanda	NO
No. 3 1954	2804	20 Añ.	0	0	5 "	Abundante dolorosa	NO	SI	5 mes.	Blanda	NO
No. 4 1954	77	15 Añ.	0	0	4 "	Abundante dolorosa	NO	SI	5 mes.	Blanda	NO
No. 5 1954	3856	28 Añ.	IV	0	4 "	Abundante dolorosa	SI	SI	6½ mes.	Blanda	Izq.
No. 6 1954	4218	22 Añ.	IV	0	4 "	Abundante dolorosa	NO	SI	4 meses	Blanda	NO
No. 7 1954	4245	35 Añ.	VIII	0	6 "	Abundante dolorosa	NO	SI	2 meses	Blanda	NO
No. 8 1954	6223	25 Añ.	II	0	3 "	Abundante dolorosa	SI	SI	3½ meses	Blanda	NO
No. 9 1955	8796	24 Añ.	I	0	3 "	Abundante dolorosa	NO	NO	5 meses	Blanda	NO

/

Vómitos	Infección	TA	Est. Gnal. Anemia	RX Pelvis	RX Tórax	Reac. Biológ.	Trat. Médic.	Trat. Quirúrg.	Exam. Histopat.	Evoluc. Control
NO	NO	120x80	Buenc	NO	NO	NO	Pitocín	Legrado	Mola	NO Control
SI	SI	120x80	Bueno Glob.Roj. 4.480.000 Hb: 13.6	NO	NO	Friedm. Mega-Post. Legrado	Antib. Sangre 300	Legrado e Histerect. vaginal.	No contes- tada.	Buena SI Control
NO	SI	120x70	Bueno	NO	NO	NO	Pituit. Antib. Sangre 1200 cc. Pituitr.	Legrado	Mola	Bueno SI Control
NO	NO	120x70	Bueno	NO	NO	NO	Antib. Pituitr.	Legrado	Mola	Buena 3 Cesáreas Posteriore;
NO	NO	85x40	Malo Hb: 11 gra. 4.270.000 6 R	Negat. a partes fétadas	Negat.	NO	Antib. Sangre 1300	Legrado	Aborto Incompl. Mola	Buena SI Control
NO	NO	110x70	Bueno	NO	NO	NO	Pituitr. Antib. Sangre 300 cc.	Legrado	Mola	Buena SI Control
NO	NO	100x70	Bueno	NO	NO	NO	Pitocín	Legrado	Mola	Buena NO Control
NO	NO	110x70	Bueno	NO	NO	NO	Pitocín	Legrado	No con- testó.	Buena NO Control
NO	SI	110x70	Bueno Hb: 12 gr. 3.800.000G.R.	Negat.a partes fétadas	NO	Fried. positiv.	Antib. sangre 300 cc. Pitocín	Histerect. abdomin.	Mola hidat.	Buena NO Control

Cuadro No. 2

CASOS	Archivo	Edad	A	Embarazo término.	Aborto	Edad Emb. Actual	Hemorrag.	Expuls. Vesic.	Aborto Molar	Tam. Utero	Consist. Utero	Quiestes. Iutinic.
No.10 1955	8927	18 Añ.	0	0	0	4 meses	Abundante dolorosa	SI	SI	4 mes.	Blanda	NO
No.11 1955	9189	18 Añ.	0	0	0	5 meses	Moderada dolorosa	SI	SI	4 mes.	Blanda	NO
No.12 1955	9420	22 Añ.	II	0	0	5 meses	Abundante dolorosa	SI	SI	4 mes.	Blanda	NO
No.13 1955	9683	20 Añ.	III	0	0	3 meses	Abundante dolorosa	SI	SI	3½ mes.	Blanda	NO
No.14 1955	9787	28 Añ.	IV	0	0	4 meses	Moderada dolorosa	NO	NO	5 meses	Blanda	NO
No.15 1955	10785	45 Añ.	IX	IV	IV	3 meses	Abundante dolorosa	SI	SI	6 meses	Blanda	NO
No.16 1955	11213	22 Añ.	I	0	0	4 meses	Abundante dolorosa	NO	SI	4 meses	blando	NO
No.17 1955	11653	19 Añ.	II	0	0	3½ meses	mod. dolorosa	NO	SI	4 meses	blando	NO

Vómitos.	Infec. ción	PA	Est. Gnal. Anemia	RX Pelvis	RX Tórax	Reac. Biológ.	Trat. Médic.	Trat. Quirúrg.	Exam. Histopat.	Evoluc. Control
NO	NO	140x90	Bueno	NO	NO	NO	Antib. Pitocín	Legrado	Aborto incompl. Mola didat.	Buena NO control
NO	SI	100x60	Bueno	NO	NO	NO	Antib.	Legrado	Aborto incompl. Mola.	Buena Embar. post.
NO	SI	120x80	Bueno	NO	NO	NO	Antib. Pitocín	Legrado	Mola de 470 grs.	Buena NO Control.
NO	NO	80x40	Regular	NO	NO	NO	Antib. Pitocín Sang. 500	Legrado digital	Mola de 125 gr.	Buena Control Embar. post.
NO	SI	175-95	Bueno Hb: 11.1 3.890.000	Negat.a partes fétadas.	Negat.	Friedman Posit.	Antib. Sangre 300	Histerec tomía total	Mola de 800 grs.	Buena NO Control
NO	NO	180x100	Ictericid. Bilirrub. tot. 3.24 Direc. 2.43	NO	Negat.	NO	Antib. sangre 1.800 cc.	Legrado digital	Mola (350 grs)	Buena no control
NO	SI	120x80	Bueno Hem. normal	NO	NO	Friedman posit. diluc. neg.	Antib. Pitocín	Legrados uterinos	Mola (400 grs.)	Buena control
NO	SI	110x60	Bueno Hb. 9.9 5.360.000 G.R.	NO	NO	NO	Antib. Pitocín	Legrado digital	Mola (160 grs.)	Buena no control.

Cuadro No. 3

CASOS	Archivo	Edad	Embarazo		Edad Emb. Actual	Hemorragia	Expuls. Vesicul.	Aborto Molar	Tam. Utero	Consist. Utero	Quistes Iutefin.c.
			A térm.	Aborto							
No. 18 1955	11749	43 años	X	I	no recuerda	abund.dolor	NO	SI	3 meses	duro	NO
No. 19 1955	11913	29 años	I	0	4 meses	abund.dolor	SI	3 meses	3 meses	blando	NO
No. 20 1955	12542	47 años	VII	0	5 meses	abund.dolor	SI	SI	5 meses	blando	NO
No. 21 1955	12993	39 años	VII	0	4½ meses	mod.dolorosa	SI	SI	3 meses	blando	NO
No. 22 1955	13021	47 años	IX	0	2 meses	NO	SI	SI	6 meses	blando	NO
No. 23 1955	15701	30 años	IV	0	2 meses	abund.dolor	NO	NO	4 meses	blando	bilat.de 8 cms.
No. 24 1955	16530	43 años	XI	I	4 meses	mod.no dolor	NO	SI	2½ meses	blando	NO
No. 25 1955	14996	17 años	0	0	6 meses	abund.dolor	SI	SI	6 meses	blando	NO
No. 26 1956	16258	34 años	VII	0	5 meses	abund.dolor	SI	SI	a term.36 cm.	blando	bilat.
No. 27 1956	19251	25 años	III	I	1 mes	abund. no dolorosa	SI	SI	2 meses	blando	NO
No. 28 1956	19722	20 años	0	0	no recuerda	abund.dolorosa	NO	SI	6 meses	blando	NO

Vómitos	Infec ción	PA	Est.Gral.	HX Pelvis	HX Forax	Reac. Biológ.	Trat. Médic.	Trat. Quirur.	Exam. Histopat.	Evoluc. Control
NO	NO	120x80	Buenc	NO	NO	NO	Antib. Ergot.	Legrado digital	NO	Buena no control.
SI	NO	120x60	bueno	NO	NO	NO	Reposo Analges.	Legrado digital	Mola	Buena emb. post.
NO	NO	70x40	Reg.Hb.8.8. 2960.00 gr. P.fet.	Neg.a P.fet.	Negat.	NO	Antib. Pitocín san.l.100cc. vag.	Legrado Histerec.	Mola 525 grs.	Buena l. control
NO	NO	120x70	Reg.Hb.12.7 4.000.000gr.	NO	NO	NO	Antib. Pitocín	Legrado uterino	Mola	Buena control aborto pos.
NO	NO	180x90	bueno Hb.11.7 3.780.000gr.	Neg. a P.fetales	neg. a neg.	NO	Antib. Pitocín	Legrado uterino	Mola 350 grs.	Buena no control
NO	NO	120x80	bueno Hem. normal	negat.a P.fetal	negat.a neg.	Friedm. posit. di. 1x10 negat.	Antib.	Histerot. abd.y este rilización	Mola voluminosa.	Buena control
NO	NO	100x50	bueno	NO	NO	NO	Antib.	Legrado uterino	Mola	Buena no control
NO	NO	120x70	bueno	negat.a P.fetal	negat.a NO	NO	Antib. Pitocín	Legrado uterino	Mola	Buena control parto post.
SI	NO	140x90	Malo Hb. 6gr. 20.000.00 gr.	NO	NO	NO	Antib. Pite cín sangre 3 litr. - ción.	Histeroc. y esteriliza ción.	Mola 1210 gr.	Buena no control
NO	SI	110x50	bueno	NO	NO	NO	Antib.	Legrado uterino.	Mola	Buena control parto post.
NO	NO	150x90	bueno	NO	NO	NO	Antib. Pitocín	Legrados uterinos	Mola	Buena no control

Cuadro No. 4

CASOS	Archivo	Edad	Embarazo A t�erm.	Aborto	Edad Emb. Actual	Hemorragia	Expul. Vesicula	Aborto Molar	Tam. Utero	Consist. Utero	Quiestes Luteinice
No. 29 1956	19584	32 años	II	0	5 meses	mod.dolorosa	NO	NO	2 meses	blando	NO
No. 30 1956	20566	20 años	I	I	?	abund.doler	SI	SI	5 meses	blando	NO
No. 31 1956	21625	40 años	VII	I	3 meses	abund.dolorosa	NO	NO	2½ meses	blando	NO
No. 32 1956	23068	39 años	V	0	7 meses	abund.dolorosa	NO	SI	3 meses	blando	NO
No. 33 1956	23352	33 años	IX	0	7 meses	abund.dolorosa	NO	SI	3 meses	blando	NO
No. 34 1956	23540	22 años	III	0	Lactando	abund.dolorosa	SI	SI	3 meses	blando	NO
No. 35 1956	24884	35 años	IV	0	3 meses	abund.dolorosa	SI	SI	3 meses	blando	NO
No. 36 1956	26226	38 años	VII	0	2½ meses	abund.dolorosa	SI	SI	5 meses	blanda	NO
No. 37 1956	27024	24 años	II	I	5 meses	abund.dolorosa	SI	SI	4 meses	duro	NO
No. 38 1957	27874	20 años	I	0	3 meses	abund.no dolo.	NO	NO	4 meses	blanda	NO
No. 39 1957	27892	23 años	VII	0	3 meses	abund.dolorosa	SI	SI	5 meses	blando	NO
No. 40 1957	28076	25 años	III	0	6 meses	abund.dolorosa	No	feto 6 meses	6 meses	blando	NO

	Vómitos	Infección	PA	Est. Gral. Anemia	RX Pelvis	RX Tórax	Reac. Biolog.	Trat. Médico	Trat. Quirúrg.	Exam. Histopat.	Evoluc. Control
NO	NO	NO	120x70	bueno	NO	NO	NO	Antib.	Legrado uterino	abor.incom- ple. Mola	Buena par- te post.
SI	SI	NO	170x90	Regular	NO	NO	NO	Antib. Pitocin	Legrado uterino.	Mola 440 gr.	Buena con- trol 2 - partes - post.
NO	NO	NO	110x60	bueno	NO	NO	NO	Antib.	Legrado uterino	Mola	Buena no control
NO	SI	NO	110x80	bueno	NO	negat.	NO	Antib.	Legrado uterino	Mola	Buena no control
NO	NO	NO	110x70	bueno	NO	NO	NO	Antib. Pitocin	Legrado uterino	Mola	Buena no control
NO	SI	NO	110x80	regular	NO	NO	NO	Antib. san.300 cc. ute.	Legrado	Mola	Buena control
NO	NO	NO	80x50	regular	NO	NO	NO	Antib.	Legrado uterino	Mola	Buena control
NO	SI	neg.a P. fetal.	110x60	regular	NO	NO	NO	Antib.	NO. renusó	NO	Buena no control
NO	NO	NO	90x60	bueno	NO	NO	NO	Antib. Pitocin	Legrado uterino.	Mola	Buena 2 emb.post a term.
NO	NO	NO	110x70	bueno	NO	NO	NO	Antib.Pito- cin,sangre 500 cc.	Legrado uterino	Mola	Buena 1 emb.post a término.
NO	SI	NO	120x80	regular	NO	NO	NO	Antib. Pitocin	Legrado uterino	Mola	buena emb. post.
NO	SI	NO	100x70	bueno.	NO	NO	NO	Antib. Ergotrete	Legrado uterino	Mola	buena par- to post a tér.T.B. Pulmonar.

No.	C.A.S.O.S	Archive	Edad	Embarazos		Edad Emb.	Hemorragia	Expul.	Aborto		Consist.	Quistes
				A t.ºm.	Abortos				Actual	Molar		
No. 41	1957	14829	23 años	II	0	2 meses	mod.dolorosa	NO	NO	3½ meses	blando	NO
No. 42	1957	29309	20 años	II	I	3 meses	abund.dolorosa	NO	NO	4 meses	blando	NO
No. 43	1957	29460	19 años	I	0	5½ meses	abund.dolorosa	SI	SI	6 meses	blando	NO
No. 44	1957	29615	40 años	IX	I	5 meses	abund.dolorosa	NO	SI	3 meses	blando	NO
No. 45	1957	29702	35 años	V	0	5 meses	abund.dolerosa	NO	SI	3 meses	blando	si derecho
No. 46	1957	30800	17 años	I	0	5 meses	abund.dolorosa	NO	NO	6 meses	blanda	si derecho
No. 47	1957	31933	42 años	XIII	0	1½ meses	abund.dolorosa	NO	NO	1½ meses	blando	NO
No. 48	1957	33376	24 años	V	0	4½ meses	abund.dolorosa	NO	NO	4 meses	blanda	NO
No. 49	1957	33551	29 años	III	0	2 meses	abund.dolorosa	SI	SI	3½ meses	blanda	NO
No. 50	1957	34107	37 años	VIII	II	3 meses	abund.dolorosa	SI	SI	5 meses	blanda	NO
No. 51	1957	34233	26 años	III	0	no recuerda	abund.dolorosa	NO	NO	7 meses	blanda	bilat.
No. 52	1957	34266	17 años	0	0	5½ meses	abund.dolorosa	SI	SI	4 meses	blanda	NO

Vómitos	Infección	TA	Est. Gral.		RX	RX	Tórax	Reac. Biológ.	Trat. Médico	Trat. Quirúrg.	Exam. Histop.	Evoluc. Control
			Anemia	Pelvis								
NO	NO	130x90	T.B.Pul. regular	NO	T.B.Pul.	NO	NO	Antib. Pitocin	Legrado uterino	Mola	Buena 2 emb. a término. post.	
NO	SI	130x100	buena	NO	NO	NO	NO	Antib. san, 800cc.	Legrado uterino	Mola	buena no control	
NO	SI	120x70	buena	NO	negat.a le-siones pul.	NO	NO	Antib. san-gre, 1.400cc.	Legrado uterino.	Mola	buena no control	
NO	NO	130x90	buena	NO	NO	NO	NO	Antib. san-gre 300 cc.	Legrado uterino	Mola	buena no control	
NO	NO	130x80	buena	NO	NO	NO	NO	Antib.	Legrados uterinos	Mola	buena controles emba. post.	
NO	NO	110x60	regular anemia	negat.a part.fet. ca.	T.B.croni	Posit. Friedm.	NO	Antib. san-gre, 1851 cc.	Histerot.	Mola 120 grs.	buena controles emba. post.	
NO	NO	110x80	buena	NO	NO	NO	NO	Antiliot.	Legrado	Mola	buena 2 abort. post.	
NO	NO	120x70	buena	NO	NO	NO	NO	Antib.	Legrados uterinos	Mola	buena no control aber. post.	
NO	NO	120x70	buena	NO	NO	NO	NO	Antib.	Legrado uterino	Mola	buena no control	
NO	NO	100x70	buena	NO	NO	NO	NO	Antib.	Legrado uterino	Mola	buena 2 controles	
NO	SI	130x70	male	NO	neumonit.	NO	NO	Antib. san-gre 2 lt.	Histerot.	Mola 1000 grs.	buena controles	
NO	NO	100x70	buena Hem.normal	NO	NO	NO	NO	Antib. san-gre 400 cc.	Legrados digital e inst.	Mola	buena 1 control	

CASOS	Archive	Edad	Embarazas		Edad emb.	Hemorragia	Expul.	Aborto tam.		Consist.	Quistes
			A término	Abortos				Molar	Utero		
No. 53											
1957	34430	23 años	V	0	4 meses	abund.dolorosa	SI	SI	4 meses	blande	bilat.
No. 54											
1957	36196	25 años	IV	0	3 meses	abund.dolorosa	NO	NO	4½ meses	blande	bilat.
No. 55											
1958	19338	28 años	VII	II	4 meses	abund.dolorosa	NO	SI	3½ meses	blande	NO
No. 56											
1958	29125	28 años	IV	0	4½ meses	abund.dolorosa	NO	SI	4 meses	blande	NO
No. 57											
1958	38597	35 años	II	I	3 meses	abund.dolorosa	SI	SI	3 meses	blande	NO
No. 58											
1958	38618	16 años	0	0	4 meses	abund.dolorosa	SI	SI	4 meses	blande	NO
No. 59											
1958	39593	25 años	V	0	4½ meses	abund.no dolor	NO	SI	6 meses	blande	bilat.
No. 60											
1958	40396	19 años	0	0	4 meses	abund.dolorosa	SI	SI Hosp.	2 meses	blanda	si izq.
No. 61											
1958	41055	37 años	VI	0	3 meses	mod.dolorosa	NO	SI	4 meses	blanda	bilat.
No. 62											
1958	35275	35 años	VI	0	3 meses	abund.dolorosa	SI	SI	5 meses	blanda	si izq.

Vómitos	Infección	TA	Est. Gral. Anemia	RX Pelvis	RX Tórax	Reac. Biológ.	Trat. Médico	Trat. Quirúrg.	Exam. Histop.	Evoluc. Control
NO	SI	120x80	bueno	NO	neg.a net.	NO	Antib.san- gre 1.200 cc. culdosc.	Legrado	No se puede hacer diag.	buena en. l amb.post. y a abortos.
NO	NO	110x80	bueno	negat.a p.fet.	NO	NO	Antib. san gre 900 cc.	Histerect. total Sal- pingovaricet derecha.	Mola	buena con- trol.
NO	SI	100x70	bueno	NO	NO	NO	Antib. San gre 500 cc.	Legrados uterinos	Mola	buena l abor to post. l part.a térm.
NO	SI	100x70	bueno	Hem.NO	NO	NO	Antib. san gre 300 cc.	Legrados digital e instrum.	Mola	buena l con- trol parto post.
NO	NO	110x70	bueno	NO	NO	NO	Antib.	Legrado uterino	Mola	buena 3 con- trol.
NO	NO	110x70	bueno	NO	NO	NO	Antib. Pitocin san gre 500 cc.	Legrado uterino	Mola	buena no control
NO	NO	150x100	regular anemia Shock	Neg.aP. fetales	NO	NO	Antib. Pito ein sangre 3.250.cc.	Legrado uterino	Mola	buena 2 con- trol 2 pay tos post.
NO	SI	120x70	malo Hem. normal	Peritoni- tis.	NO	Fried. negat.	Antib.sangre 700 cc.	NO	NO	buena no con trol.
NO	SI	160x90	Emociad. icteric.	negat. a parto fe- tales.	NO	NO	Antib.sangre 2.100 cc.	Legrado histerect. abdom.	Mola	buena no con trol.
NO	NO	110x60	bueno	NO	NO	NO	Antib.sangre 2.300 cc.	Histerec. abdom.	Mola	buena de = controles.

Vómitos	Infeción	TA	Est.Gral. Anemia	RX Pelvis	RX Tórax	Reac. Biológ.	Trat. Médico	Trat. Quirúrg.	Exam. Histop.	Evoluc. Control
NO	NO	130x80	bueno	NO	NO	NO	Antib.san- gre 400 cc. uterino	Legrado	Mola	buena no con- trol.
NO	NO	110x60	bueno	NO	NO	NO	Antib.san gre 1.400 cc. uterino	Legrado	Mola	buena 1 control
NO	SI	100x80	bueno	NO	NO	NO	Antib.	Legrado uterino	Mola	regular pelvi- peritonitis.
NO	NO	110x70	bueno	NO	NO	NO	Antib.	Legrado uterino	no se envió	buena no con- trol.
NO	NO	120x70	bueno	NO	NO	NO	Antib.	Legrado uterino	Mola	buena 2 partos post.1 aborto post.
NO	NO	110x60	bueno	NO	NO	NO	Antib.	Legrado uterino	Ho hay	buena no con- trol
NO	NO	110x70	bueno	NO	NO	NO	Antib.san- gre 400 cc. uterino	Legrado	Mola	buena no con- trol
SI	NO	120x70	bueno Icter.	NO	SI sig. lelbs.	NO	Antib.san- gre 1.900cc. Histerec.abd.	Legrado	Mola	buena 1 control
NO	NO	100x60	bueno	neg.a P.fetal	NO	Friedm. neg.post.	Antib.	Legrado ute.	Mola	buena no con- trol.
SI	SI	130x80	bueno	NO	NO	NO	Antib.san- gre 600 cc.	Legrado uterino	Mola	buena no con- trol.
NO	NO	80x60	bueno	NO	NO	Friedm. neg.post.	Antib.Pit. sangre un lit.	Legrado uterino	Mola	buena contro- les.

Vómitos	Infección	TA	Est. Gral.	RX	RX	Reac.	Trat.	Trat.	Exam.	Evoluc.
	Anemia	Pelvis	Tórax	Biológ.	Médico	Quirúrg.	Histop.			Control
SI	NO	80x50	buena	NO	NO	NO	Antib.san- gre 600 cc.	Legrado uterino	Mola	buena no control
NO	NO	120x70	buena	NO	NO	NO	Antib.	Legrado Uterino	Mola	buena no control
SI	NO	130x70	malo	negat.ap Setcles.	SI	NO	Antib.san- gre 2.600 c.c.	Histerot. abdom.	Mola 500 grs.	buena control - emb. post.
C	I	N	O	M	A					
SI	SI	90x50	malo Hb. 5 gr. 2.300.00gr.	neg. a P. fetal	NO	NO	Antib. sangre	Histerot. legrado - Histerec. abd.	Mola lue- go corio- carcinoma	buena control - 1959.
SI	SI	100x80	Malo Hb.2gr 1.240.000Gr.	NO	sospecha de metast.	Friedm. posit. dilucion 1x10	Antib. Pitorin Sangre 3.200cc.	Legrado biopsia vulvar.	Coriocarci noma-metas tasis vul- var.	buena no control
NO	SI	110x70	bueno	neg.ap. fetal	negat.	NO	Antib. sangre 2.600 gr. Radium.	Hister.	Coriocarci noma.	buena

ANALISIS DE LOS CUADROS ANTERIORES

MOLAS HIDATIDIFORMES

Desde el mes de Abril de 1954, fecha en la cual empezó a funcionar el Hospital de Maternidad General, al mes de Abril de 1959, llegaron a dicho Centro 49.227 pacientes embarazadas, entre las cuales hubo 76 casos de Mola Hidatidiforme o sea una mola por cada 647 embarazos; lo que equivale a 154 por 100.000.

Oriani h. encontró una mola x 675 embarazos, equivalente a 148 x 100.000.

En Filipinas 1 x 145

" Japón 1 x 232 según Acosta Sisson.

" EE. UU. 1 x 3.000

" EE. UU. 1 x 2.000 según Eastman.

ANALISIS POR EDADES EN DECADAS DE LAS MOLAS HALLADAS

Menores de 20 años 21 casos o sea el 27.6% de los casos
de 20 a 30 años 28 casos o sea el 36.8% de los casos
de 30 a 40 años 19 casos o sea el 25.0% de los casos
más de 40 años 8 casos o sea el 10.5% de los casos.

Oriani h. encontró solamente 1 caso de 30 a 40 años o sea el 2.1% y otro caso en una paciente de más de 40 años. En nuestro trabajo hay un aumento de casos de los 30 años para adelante.

Relación entre el número de embarazos anteriores y el número de molas encontradas.

No. de embarazos anteriores 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 etc.

No. de molas encontradas 11 12 10 6 7 6 4 9 2 6 1 1 1.

Como se ve predomina las molas en las pacientes que no habían tenido embarazos anteriores o en las que habían tenido 1 ó 2 embarazos,-

contrastando con la literatura estudiada, puesto que refieren la mayor frecuencia en gran multíparas.

Relación número de molas con abortos anteriores

No. de Abortos anteriores 0 1 2 3 4 ó más

No. de molas encontradas 58 10 5 0 3

Aquí el mayor número de molas se presentó en pacientes que no habían tenido ningún aborto o un aborto anterior.

Relación a la edad de embarazos por el cual consultaron al notar síntomas.

Edad en meses: 1 2 3 4 5 6 7

Número de casos: 2 11 19 18 14 6 2.

Un sólo caso consultó X cefaleas y mareos sin hemorragia.

El mayor número de pacientes consultaron al presentárseles síntomas que casi siempre fué hemorragia genital. Hay cuatro pacientes que no recordaban la fecha de su embarazo o estaban lactando por lo cual no sabían la edad del embarazo.

Como puede verse son los meses donde se presenta el aborto corriente lo cual viene a demostrar lo difícil del diagnóstico de mola al presentarse una paciente con hemorragia genital, al menos que haya otros síntomas o signos: como aumento exagerado del tamaño del útero o expulsión de vesículas, etc.

Siendo la hemorragia genital el principal síntoma que llevó a los pacientes a consulta, veamos el número de casos:

Hemorragia abundante dolorosa	56	73.7%
" " no "	6	7.9%
" moderada dolorosa	9	11.8%
" " no dolorosa	4	5.3%.

Expulsión de vesículas hidatidiformes: se observó en 34 casos o sea el 44.7%. No se observó expulsión de vesículas en 42 casos o sea el 55.3%.

Hubo aborto molar completo o incompleto antes del legrado uterino en: 58 casos o sea el 76.3%.

No hubo aborto molar en 18 casos o sea el 23.7% antes de la intervención quirúrgica y ésta se llevó a cabo con diagnóstico de aborto inevitable.

Tamaño del útero en relación a la edad del embarazo actual:

	Tamaño en relación
Menor que la edad	19
igual que la edad	21
mayor que la edad	31
sin datos	5

Como se observa, el tamaño del útero es casi siempre mayor que la edad del embarazo, aunque la cifra no es tan evidente debido a que las pacientes: ya habían tenido su aborto molar o parte de él, por lo cual el tamaño del útero quedaba igual o disminuía, en relación con la edad del embarazo.

Consistencia del útero al examen:

Normal	1
Blando	71
Duro	4

Presencia de Quistes luteínicos al examen:

Bilaterales	9	11.8%
A la derecha	2	2.60%
A la izquierda	5	6.6%
No se palparon	60	78.9%

Es decir se encontraron quistes luteínicos en un 20% de los casos. Las estadísticas extranjeras dan de 25 a 60%. Oriani h. en su estudio anterior está de acuerdo con el nuestro.

Febriles 25 casos

No febriles 51 casos

Gracias a los antibióticos modernos no se observan muchos casos febriles, los que aparecen en el cuadro anterior, llegaron al Hospital ya infectados y se explica fácilmente debido al medio favorable consistente en: paciente con hemorragia genital, cuello dilatado y una masa (mola) apropiada para que se infecte fácilmente. Se tomó como febriles las pacientes con temperatura más alta que lo normal.

Estado general de las pacientes:

Bueno 58 casos

Regular 13 casos

Malo 5 casos

Hubo tres pacientes con ictericia. Otro de T. B. Pulmonar, una que llegó en shock y otra emaciada, pero todas evolucionaron satisfactoriamente.

Vómitos: Se encontró vómitos frecuentes (hiperemesis) en 7 casos o sea el 9.2%. Este dato es menor del encontrado por el Dr. Oriani h. de 34%.

Tensión arterial.

T.A. mayor que 140 x 90 8 casos o sea 10.5%

T.A. entre 100 x 60 y 140 x 90 59 casos o sea 77.6%

T.A. menor que 100 x 60 9 casos o sea 11.8%.

Como se ve 8 casos o sea el 10.5% de nuestras pacientes presentaron T.A. mayor que 140 x 90, que además con otros síntomas fueron cata

logados como toxemias.

Radiografía de pelvis-abdomen inferior buscando partes fetales se tomó en 15 casos que fueron contestadas como negativas a partes fetales. Por supuesto, estas radiografías se tomaron en las pacientes, que presentaban un útero aumentado de tamaño aparentando de 4 o más meses de embarazo.

El mismo número de pacientes fueron radiografiadas del tórax buscando metástasis pulmonares y resultaron negativas a éstas.

Dos radiografías mostraron tuberculosis pulmonar y una; por cierto al principio se contestó: como metástasis pulmonar, pero en controles posteriores al radiólogo concluyó en una reacción alérgica (Signo de Loeffler).

Reacciones biológicas:

Estas se practicaron en 9 casos o sea el 11.8% de las cuales 4 fueron negativas post-legrado o aborto. 5 positivas antes de tratamiento quirúrgico, de las cuales a tres se les hizo reacción biológica cualitativa y cuantitativa así:

Friedman posit. Dilución 1 x 10 post. 1 caso.

Friedman posit. " 1 x 10 negat. 2 casos.

El dato de 11.8% es similar al trabajo anterior (Dr. Oriani h.), lo cual demuestra que en nada ha aumentado el hacer reacciones biológicas, tan importante en el control de estas pacientes. Esto es debido, según la persona encargada de ello, a que no se le ha prestado la cooperación necesaria: falta de personal y equipo material, lo mismo que a la poca cooperación de parte de nuestras pacientes que al sentirse mejoradas por nada vuelven a su control.

Examen Histopatológico.

Se hizo examen histopatológico en 68 casos o sea el 89%; de los 8

casos restantes, en todos hay reporte de algún observador experimentado, que asegura el diagnóstico de Mola Hidatidiforme, aunque por uno u otro motivo no se envió muestra al Departamento de Anatomía Patológica o éste contestó que no se podía hacer diagnóstico exacto.

Hubo 14 casos de molas voluminosas de los cuales hay 2 con un peso de 1.000 y 1.210 grs. respectivamente.

Impresión Clínica.

De los 76 casos de mola hubo diagnóstico exactos desde su ingreso en 31 casos o sea el 40%; el resto ingresó con diferentes diagnósticos tales como Amenaza de aborto, aborto inevitable, aborto incompleto, Metrorragias funcionales etc.

Evolución y Control.

La evolución de todos los casos fue satisfactorio. No volvieron a control 33 pacientes, los otros 43 casos algunas vinieron una, dos o más veces a control o a consulta nuevamente por embarazos a término o abortos. Hablando estrictamente de control postmola no se llevó a cabo en ninguna, es decir, control con una prueba cuantitativa de gonadotropina coriónica una vez por semana por un período de 6 semanas y si es negativa debe continuarse una vez por mes por un año.

Embarazos posteriores hubo 23 o sea el 30%.

Abortos posteriores hubo 7 (comprobados por Anatomía Patológica). Es digno de mencionarse que no hubo una sola muerte, una de estas pacientes murió 4 años después en el Hospital de Pelviperitonitis.

Tratamiento.

Médico-quirúrgico: 74 casos.

Solamente médico: 2 casos.

De estos dos casos en que no se les practicó ninguna intervención

quirúrgica, uno no lo ameritó y el otro la paciente rehusó el legrado uterino.

El tratamiento médico está basado en antibióticos, pitocin y san gre, así:

Antibióticos: 72 casos o sea el 94.7%.

Pitocin: 30 casos o sea el 39.5%.

Sangre: 36 casos o sea el 47.4%.

En 16 pacientes se les inyectó más de un litro de sangre y de és tas: 7 recibieron más de 2 litros de sangre.

Por supuesto en el tratamiento médico se usó analgésicos antiané micos, tranquilizadores etc. etc., casi en la mayoría de los casos.

Respecto al tratamiento quirúrgico a varias pacientes se les practicó dos o más legrados, algunos histerotomías y otros pocos his- terectomía total con salpingo-ovariectomía unilateral o bilateral.

C O R I O C A R C I N O M A

Se hallaron 3 casos de Coriocarcinoma entre 49.227 embarazadas o sea uno en 16.409, equivalente al 6.09×100.000 . De lo que se concluye que más o menos encontramos un corio x 25. molas.

Dr. Oriani: 1 x 6.342 embarazos.

Vamos a analizar los puntos más importantes, a causa de que no se puede sacar porcentajes y valores estadísticos por ser solo 3 casos.

Edad: No se encontró coriocarcinoma en menores de 30 años, y las edades fueron 32, 40 y 43 años respectivamente.

Multiparidad: Ninguna era primigesta, una había tenido dos embarazos a término y las otras 9 y 12.

Dos pacientes no habían presentado abortos y una tuvo cinco.

Estado general: Malo en dos casos: en uno Hemoglobina de 5 grs. y en otro de 2 grs.

Quiistes luteínicos: Se encontró en 2 pacientes.

Las tres tuvieron infección y dos vómitos frecuentes. Rx de pelvis abdomen inf. se tomó a dos pacientes siendo contestada negativa a partes fetales.

Rx del tórax se les tomó a las tres, siendo negativa a metástasis pulmonares en 2 y positiva o por lo menos sospechaban metástasis en uno.

Hubo metástasis a la vagina en dos casos.

Reacciones biológicas: Se practicó solo en un caso siendo así:

Friedman positivo.

Dilución 1 x 10 negativo.

El primer caso tuvo mola un año antes. Los otros dos casos consultaron no antecedentes de mola.

Tratamiento: A todas se les practicó tratamiento médico-quirúrgico.

A dos de ellas se les practicó Histerectomía total con salpingo-ovarictomía total y a una solamente legrado y biopsia de metástasis vaginal. Solo un caso recibió Radium 5 aplicaciones.

Antibióticos y sangre en dos pacientes, pasando de $2\frac{1}{2}$ litros de -- sangre en la que se les inyectó. La evolución fué buena de los tres -- casos y solo una vino a control 2 años después encontrándose exámen -- físico y Rx del tórax negativos.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Resumiendo nuestro trabajo se extraen las siguientes conclusiones:

La mola hidatidiforme es muy frecuente en nuestros hospitales; lo demuestra el dato de una mola por cada 647 embarazos, menos frecuente que en las Filipinas y Japón, pero más alta la cifra que en los hospitales de Estados Unidos.

Las pacientes que no habían tenido parto o habían tenido 1 ó 2 partos, lo mismo que las que nunca habían abortado o habían tenido un aborto fueron las más numerosas en presentar una mola.

Se comprobó que la mayoría de las pacientes presentaban útero más grande que la edad del embarazo que presentaban.

En la mayoría de casos también el útero fué de consistencia blanda.

Se encontró y constató la presencia de quistes luteínicos en un 20%.

El 9.2% de los casos presentó hiperemesis. Cerca de la tercera parte fué febril.

La mayoría de las pacientes se presentó con buen estado general.

Solo el 10.5% encontramos toxemias del embarazo.

La quinta parte fue radiografiada de pelvis y abdomen inferior, lo mismo que del tórax siendo contestadas negativas a partes fetales y a metástasis respectivamente.

Solamente en 9 casos o sea el 11.8% se practicó reacciones biológicas y de 5 positivas solo en tres se hizo reacciones biológicas cualitativas y cuantitativas.

Se hizo exámen histopatológico en 68 casos o sea en un 89%.

Se diagnosticó desde su ingreso mola o sospecha de la misma en 31 casos o sea el 40%.

Todas las pacientes evolucionaron satisfactoriamente, pero a control posterior muy pocas volvieron.

No hubo una sola muerte.

El tratamiento médico-quirúrgico se llevó a cabo en casi todas las pacientes.

Hubo tres casos de coriocarcinoma o sea 1 x 16.409 embarazos.

No se encontró coriocarcinoma en menores de 30 años.

Ninguna era primigesta.

El estado general estuvo comprometido en dos de los tres casos.

Quistes luteínicos se encontró en 2 casos.

Solamente en un caso se hizo reacciones biológicas.

Un caso había tenido mola hacía un año.

Los tres casos recibieron tratamiento médico-quirúrgico: 2 con histerectomía total y salpingoovariectomía y una con solo legrado uterino. Se les inyectó más de $2\frac{1}{2}$ litros de sangre, antibióticos etc., a cada una. Dos de ellas tuvieron metástasis a la vagina.

Examinando lo anterior se recomienda lo siguiente:

Estar alerta en todo caso de aborto, por ser frecuente en nuestro ambiente la mola hidatidiforme.

Recordar que el síntoma que obliga a consultar a la paciente con mola hidatidiforme es la hemorragia genital y dolor, casi siempre.

Tener presente que los síntomas hemorragia genital, con dolor, útero más grande que la edad del embarazo y más blando son los más frecuentes en las molas.

Enviar estudio histopatológico todo producto de aborto ya sea espontáneo o extraído quirúrgicamente.

Tratar de equipar y mejorar en lo posible el laboratorio para efectuar reacciones biológicas tanto cualitativas, como cuantitativas.

Educar y hacer ver a las pacientes la importancia de sus controles posteriores.

Seguir manteniendo medicamentos para casos urgentes en especial - sangre, en nuestros hospitales.

Tratar de mantener la mortalidad a cero, como hemos visto en nuestro trabajo.

Actualmente se repiten las reacciones biológicas cada semana x 6 - semanas y si son negativas cada mes x un año.

Tomar radiografías del tórax en pacientes con estos padecimientos, para descartar metástasis.

Hacer tratamiento médico-quirúrgico en todos estos casos.

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

- 1) Contribución al estudio de los casos de Mola Hidatidiforme y Corioepitelioma en el Hospital Rosales durante los años de 1950 a 1953.
Dr. Gustavo Oriani h..
- 2) Trofoblasto y sus tumores.
Anales de la Academia de Ciencia de New York.
Volumen 80, Art. 1, Pages 1-284.
- 3) Eastman, Nicholson H.
Williams Obstetrics 10 th ed New York.
- 4) Bookmiller, Mac M.
Enfermería Obstétrica por Mac M. Bookmiller y George Loveridge Bowen Trad de 1a. a 3a. ed en Inglés por Homero Vela y Joaquín SanzAstolfi, México, Interamericana 1959.
- 5) Curtis, Arthur Hale
A Textbook of Gynecology 5 th Ed Philadelphia,
Saunders 1946.
- 6) Davis, Carl Henry.
Gynecology and Obstetrics. Hagerstown, Mayland W. F. Prior
1944.
- 7) De Lee y 4 P. Greenhill.
Principios y práctica de Obstetricia.
Adaptación a la 18a. ed en Inglés por R. Carrasco.
Formiguera México, Uteha.
- 8) Font. Dexeus S.
Tratado de Obstetricia Barcelona, Salvat.

-) Lull Clifford B.
Clinical Obstetrics by members of the Staff of the Pennsylvania Hospital.
-) Munro, Kerr, J. M.
Operative Obstetrics A guide to the difficultis and complications of Obstetrics practice.
-) Novak, Emil
Texto de Ginecología.
-) Potter, Edith L.
Pathology of the Fetus and the Newborn Chicago Illinois. The Year book Publishers 1952.
-) Liepmann Dr. Guillermo
Clínica Obstétrica 4a. Ed.
-) Morgues Pernet, Jaime
Clínica Obstétrica. Buenos Aires, El Ateneo 1945.
-) Mola Hidatidiforme y Coriocarcinoma
Dr. José Isaías Mayén Pag. 489.
Memoria del III Congreso Centroamericano de Obstetricia y Ginecología, Guatemala, Diciembre 1958.