Algunas observaciones sobre el tratamiento de la Mola Hidatidiforme

(Historias clínicas del Instituto de Protección Materno-Infantil. Años de 1949 y 1950 y método sugerido para su servicio por el Profesor RODRIGUEZ APONTE).

Por el doctor EUDORO CASTILLO VEGA
Jefe de Clínica de Maternidad

Para el tratamiento de la Mola Hidatidiforme podemos dividir esta entidad en Mola completa y Mola parcial, entendiendo a la primera como la degeneración total de las vellosidades coriales y la segunda cuando la invasión degenerativa interesa solamente una porción y por lo tanto puede contener embrión, unas veces muerto y atrofiado y en otras ocasiones, excepcionales por lo demás, el embrión puede estar vivo y desarrollarse hasta el final del embarazo.

Desde otro punto de vista, pero también en relación con el tratamiento, se divide la Mola en forma maligna y forma benigna, comprendiendo en la primera aquélla en que los tumores quístico-luteínicos del ovario, no regresan después del aborto molar y cuya degeneración conduce al corio-epitelioma: es esta la Mola Hidatidiforme destructiva, llamada así por algunos autores, y que, revisando las estadísticas nacionales, en Colombia muy pocos casos se han pre-

sentado. Esta clase de Mola necesitaría desde un principio el tratamiento radical o sea la Histerectomía total.

La Mola embrionada con feto vivo, requiere la conservación cuidadosa del embarazo hasta una época lo más avanzada posible para asegurar la viabilidad fetal; una vez alcanzado el séptimo mes convendría, a nuestro modo de ver, la interrupción de la gestación con el fin de lograr un niño vivo y desalojar de la matriz las vellosidades quísticas degeneradas. Todo el mundo sabe que el célebre anatomista Beclard, fue producto de un embarazo gemelar, cuya madre había arrojado una Mola Hidatidiforme en el quinto mes de su gestación.

En la Mola Hidatidiforme total, no embrionada, cuya frecuencia entre nosotros es de $1,3 \times 1.000$. (Instituto Materno-Infantil en Bogotá, sobre un total de 14.831 enfermas, hubo 19 Molas). En contraposición con las estadísticas de Madame Boivin, quien señaló a $1 \times$

20.000, las de Williamson 1×2.400 , las de Brindeau y Jeanin 2×1.000 y las de Kromer 4×1.000 ; en el Hospital de Maternidad Concepción Palacios (Caracas-Venezuela), sobre 559 admisiones, se presentaron 9 molas, casi un 2% (1) es decir, que la frecuencia en Colombia es mayor que las registradas en el extranjero a excepción de Venezuela. Por lo tanto, es para esta clase de Mola en particular a la que nos referimos en este breve comentario de tratamiento.

Un diagnóstico concienzudo de Mola Hidatidiforme indica que el útero debe ser evacuado. Esta tesis sostenida por nosotros, es la seguida por los clásicos norteamericanos, como por los de la escuela argentina. Entre nosotros, algunos no aconsejan esta medida, sino que esperan que el aborto se realice espontáneamente y preconizan tratamiento paliativo y sintomático, mientras tanto.

No estamos de acuerdo con esa idea, pero en cambio, insistimos en un diagnóstico preciso; para lo cual no le damos importancia solamente al exceso de desarrollo uterino en relación a la edad del embarazo, caso de Mola atrófica —cuya altura uterina es inferior a la que corresponde a dicho embarazo— como tampoco a la consistencia o blandura especial de la matriz y ni siquiera a las hemorragias de repetición o la exageración de los fenómenos tóxico-gravídicos que acompañan esta gestación y que se explican por las transformaciones físico-químicas cualitativas, sino que siempre recurrimos a reforzar nuestro criterio clínico con la ayuda de laboratorio. Precisa, pues, una reacción sistemática de Friedmann con una evaluación cuantitativa no menor a 30.000

unidades de conejo, según la tesis de grado del doctor Julio Méndez, o una reacción cuantitativa de Galli Mainini que no baje de 60.000 unidades, según la tesis de grado del doctor Javier Isaza. Además efectuamos el control radiográfico para sombras fetales, tomando placas en serie. (Técnica del doctor M. Mogollón).

Los síntomas y percepción clínica apoyados por las reacciones biológicas y el control de radiografía practicados invariablemente a las historias clínicas que a continuación sintetizo, nos permitieron efectuar sin falla de ninguna clase el método Aburel en los casos de Mola Hidatidiforme, así comprobada, con resultados francamente satisfactorios.

En relación a las reacciones biológicas de Ascheim-Zondek, de Friedman, de Hofmann, de Galli Mainini, se han registrado casos que dieron resultado negativo en presencia de una Mola Hidatidiforme (citación de De Lee) (1). Conviene anotar, que para el diagnóstico de la entidad que nos ocupa la positividad intensa de las reacciones biológicas tienen un valor relativo durante los dos primeros meses del embarazo, a causa de la explosión hormonal que tiene lugar a los 60 días, después del último período menstrual; pero, si hallamos valores en las unidades antes anotadas de gonado-tropina, después del sexagésimo día, está justificado el diagnóstico de Mola Hidatidiforme.

La evacuación del útero, por los métodos hasta ahora aconsejados como son: el empleo de laminarias, el uso de bujías dilatadoras, la colocación de globos

(1) Casos registrados igualmente por José del C. Acosta y Víctor Rodríguez Aponte, en Bogotá.

o metreurinteres pequeños, las incisiones de Dürsen o la Cesárea Vaginal, eran encaminados a vencer una estrechez del cuello por falta de trabajo o de iniciación del mismo. Si nosotros excitamos las contracciones uterinas por medio del método Aburel, el cuello se borra y se reblandece fisiológicamente, hasta el punto de que el aborto puede efectuarse espontáneamente y en el caso de intervención por legrado uterino o raspado digital, éste se ejecuta mucho más fácil y los resultados obtenidos son ampliamente satisfactorios.

TECNICA ABUREL

Seguida por nosotros por sugerencia del Profesor Rodríguez Aponte, original en su aplicación para Mola Hidatidiforme.

Prevía confirmación diagnóstica ya mencionada, procedemos a practicar un cateterismo vesical tan completo como sea posible. Aseptizamos la pared abdominal e introducimos una aguja de punción lumbar en el punto medio central de la masa del ovoide uterino previa anestesia local. Aspiramos con jeringa con el objeto de no inyectar en un vaso sanguíneo fetal o uterino; luego introducimos de 20 a 100 centímetros, según el tamaño de la matriz, de una solución hipertónica de cloruro de sodio al 30 o 33%. En ocasiones el útero responde casi inmediatamente y en el curso de 24 horas el aborto molar es efectuado. Luego ejecutamos una revisión uterina con cureta roma o digitalmente como para un aborto incompleto y por precaución dejamos mecha intrauterina impregnada en mertiolato y sulfá en polvo. La mecha es retirada a las 24 horas.

RESUMEN DE HISTORIAS

Historia número 641.

Nombre: E. T., de 20 años. II gestación.

Entrada, abril 19 de 1949. Salida, mayo 5 de 1949. Causa: mejoría.

Reacción de Friedman, cuantitativa: positivo para 50,000 U. conejo.

Sedimentación: 32 mm. en 1/2 hora. 58 mm. a la hora (1).

Cuadro hemático: 4,080, uno por mm³. Leucocitos, 7,600. Hemoglobina, 85. Valor globular, 1.06. Polinucleares neutrófilos, 60%. Eosinófilos, 4%. Linfocitos, 36%.

Radiografía: no se observan partes fetales.

U. R.: no recuerda. Vómitos intensos y hemorragias de repetición.

Útero: altura 23. Consistencia pastosa.

Diagnóstico Mola Hidatidiforme.

Se aplican con técnica usual 50 c. c. de la solución hipertónica en cloruro de sodio al 30%. Las contracciones se inician en media hora.

El aborto se verifica a las 16 horas y se completa con raspado digital y taponamiento.

Historia número 1,319.

Nombre: M. del C. M., de 25 años. II gestación.

Entrada, junio 30 de 1949. Salida, julio 23 de 1949. Causa: mejoría.

U. R.: febrero 16 de 1949. Causa de ingreso: Hemorragia escasa de sangre roja, desde hace un mes. Pequeños do-

---

(1) Es de anotar el valor alto en la Eritrosedimentación, digno de tenerse en cuenta desde el punto de vista de ayuda del Laboratorio a la Clínica.

lores sordos e intermitentes en la región hipogástrica. Edemas miembros inferiores.

Altura uterina: 27 centímetros. Consistencia pastosa. No se aprecian partes fetales ni ruidos. T. A. $17\frac{1}{2} \times 10$.

Serológico: negativo.

Reacción de Friedman, cuantitativa, positivo para 50.000 U. conejo.

Radiografía: no se aprecian partes fetales.

Tratamiento: lo mismo que la historia anterior.

Historia número 783.

Nombre: A. L. M., de 28 años. V gestación.

Entrada, abril 19 de 1949. Salida, mayo 6 de 1949. Causa: mejoría.

U. R.: enero 11/49. Causa de ingreso, hemorragia pequeña desde hace un mes.

Altura uterina: 21 centímetro. Consistencia: no muy blanda, irregular (1).

Reacción de Friedman: positivo para 50.000 unidades.

Radiografía: no se aprecian partes fetales.

Tratamiento: Aburel (misma técnica).

Historia número 751.

Nombre: M. C., de 18 años. II gestación.

Entrada, abril 16 de 1949. Salida, 22 de abril de 1949. Causa: mejoría.

U. R.: noviembre 16 de 1948. Causa de ingreso: estado nauseoso. Inapetencia. Hemorragia con coágulos que repi-

ce. Llega en comienzo de trabajo. Por el tacto, se hace diagnóstico de iniciación de aborto molar.

Se hace Aburel y el aborto se declara francamente. Se hace taponamiento.

Historia número 689.

Nombre: D. M. S., de 22 años. I gestación.

Entrada, abril 11 de 1950. Salida, abril 19 de 1950. Causa: defunción.

U. R.: dice que hace 15 días.

Llega de la Clínica Tropical. Enferma retrasada mental.

Altura uterina: 23 centímetros. No hay ruidos ni se aprecian partes fetales.

Galli Mainini, positivo para 50.000 unidades.

Radiografía: negativo para feto, el 14 de abril de 1950.

Masa abdominal de 23 centímetros de altura. Regular, ligeramente reniente —forma de corazón de naipe—. Parece que se contrae.

Se hizo el raspado hasta el 19 de abril. Se comprobó la expulsión de Mola. Pero el tratamiento fue tardío.

Se contemporizó en la creencia de un aborto espontáneo.

Muerte por anemia, según necropsia.

Historia número 237.

Nombre: R. G., de 19 años. I gestación.

Entrada, febrero 6 de 1950. Salida, febrero 13 de 1950. Causa: mejoría.

Causa de ingreso: flujo sanguinolento desde hace un mes y dolores intermitentes a la cadera.

U. R.: agosto 12 de 1949. T. A. 14×9 .

---

(1) Anótese la consistencia poco blanda de este caso y la irregularidad de sus contornos.

Altura uterina: 12 centímetros. Consistencia: blanda.

No se aprecian ni ruidos ni partes fetales.

Reacción de Friedman: positivo para 50.000 U. conejo.

Radiografía: negativo para sombras fetales.

Tratamiento: Aburel.

Historia número 1.047.

Nombre: A. S., de 35 años. IV gestación.

Entrada, mayo 26 de 1950. Salida, junio 6 de 1950. Causa: mejoría.

Causa de ingreso: desde hace un mes presenta hemorragia progresiva y dolores.

U. R.: febrero 19 de 1950.

Altura uterina: 18 centímetros —remitente—. No hay ruidos fetales. Cuello de múltipara blando. Orificio interno cerrado. Hemorragia vaginal. Se ordena progesterona. Mientras llegan resultados de laboratorio.

Galli Mainini: positivo para 80.000 unidades.

Radiografía uterina: no se aprecian sombras fetales.

Se hace el diagnóstico de Mola y se instala el tratamiento Aburel. Luego raspado digital y taponamiento.

Historia número 2.641.

Nombre: J. G., de 28 años. VII gestación.

Entrada, diciembre 26 de 1950. Salida, enero 20 de 1951. Causa: mejoría.

Causa de ingreso: hemorragias de repetición. Vómitos.

U. R.: 15 de agosto de 1950. No se aprecian ruidos ni partes fetales.

Datos clínicos: positivos para Mola.

Radiografía: no se aprecian partes fetales.

No se hizo Friedman.

Se instala el tratamiento Aburel. Raspado y taponamiento.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Conferencias de Clínica Obstétrica Profesor Rodríguez Aponte. (1949 y 1950).
- 2 Revista en la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. Doctor Oscar Agüero, Nº 4 de 1950.
- 3 Estadísticas del Instituto de Protección Materno-Infantil, en Bogotá.
- 4 La Reacción de Friedman. Tesis de Grado de Julio Méndez Barreneche.
- 5 La Reacción de Galli Mainini. Tesis de Grado de Javier Izasa.
- 6 Principios y práctica de Obstetricia. II tomo, por De Lee-Greenhill.
- 7 Tratado de Obstetricia. II tomo, por Manuel L. Pérez.
- 8 Obstetricia. II tomo, por Williams.