

Mola hidatidiforme: Validez del Diagnóstico Clínico

Javier Arturo Ramírez Amaya¹, Luis Carlos Orozco², Martha Agudelo de Forero³

Con el fin de evaluar la validez del diagnóstico clínico pre-patológico para detectar mola hidatidiforme se llevó a cabo un estudio con muestreo de corte transversal entre abril de 1.995 y marzo de 1.998 en el Hospital Universitario Ramón González Valencia de Bucaramanga. Fueron realizados un total de 3.846 legrados obstétricos encontrando 51 casos de mola hidatidiforme, el 62,7% de las cuales se diagnosticaron antes del estudio histopatológico. En el presente estudio la prevalencia de mola fue 0,013. Para el diagnóstico clínico se obtuvieron los siguientes valores Sensibilidad 62,7%, Especificidad 99,7%, Valor predictivo positivo 71,1%, Valor predictivo negativo 99,5% y Kappa 0,662. Se concluye que se debe continuar con el análisis patológico de todos los legrados para poder establecer el diagnóstico de Mola hidatidiforme. *Salud UIS* 2000; 32(1): 27-29

PALABRAS CLAVES: Mola hidatidiforme, Diagnóstico.

La mola hidatidiforme es la degeneración hidrópica de las vellosidades placentarias como consecuencia de alteraciones cromosómicas en el momento de la fecundación¹⁻⁶. Es el principal factor de riesgo para la aparición de neoplasia trofoblástica gestacional^{7,8}, entidad que, con tratamiento, es completamente curable, pero que a su vez puede llevar a la muerte en aproximadamente 12 meses si no se detecta oportunamente, mediante un seguimiento estricto de todos los casos de mola^{4-5,7-10}.

En la actualidad se señalan en la literatura altas proporciones de detección pre-patológica utilizando métodos combinados (ecografía y titulación de bhCG) en conjunto con la clínica, con lo cual se puede identificar hasta el 89% de los casos^{4,11}, los restantes solo se diagnostican por el estudio histopatológico del material obtenido mediante legrado generalmente con diagnóstico clínico de aborto incompleto o retenido^{2,4,12,13}.

Un estudio realizado en nuestro hospital señaló una alta proporción de deserción en el control post-legrado y en el seguimiento¹⁴, de ahí la importancia de contar con un alto rendimiento en el diagnóstico prepatológico de la entidad. El presente estudio fue diseñado para determinar la validez del diagnóstico clínico pre-patológico de mola hidatidiforme en el Hospital Universitario Ramón González Valencia (HURGV) de Bucaramanga.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tomando el intervalo de tiempo de Abril de 1995 a Marzo de 1998 se diseñó un estudio de evaluación de tecnología diagnóstica con muestreo de corte transversal en el Hospital Universitario Ramón González Valencia (HURGV) de Bucaramanga, institución de III nivel que atiende alrededor de 6.300 pacientes por año en el servicio de obstetricia, procedentes de su área de influencia, que representan la población a riesgo.

Se revisaron las solicitudes y los informes de histopatología de todos los legrados obstétricos por sospecha clínica de mola o aborto y las historias clínicas de todos los casos confirmados de mola hidatidiforme o en los cuales se sospechó clínicamente, para verificar el diagnóstico pre-

¹ MD Residente III Ginecología-Obstetricia

² MD MSc Epidemiología Profesor Asistente Escuela de Enfermería UIS

³ MD Profesor Asistente Escuela de Medicina UIS

Artículo recibido el 2 de julio de 1999 y aceptada para publicación el 17 de febrero de 2000.

patológico. En los demás casos se tomó el diagnóstico clínico que se consignó como impresión adjunta a la solicitud de estudio histopatológico. El número total de legrados obstétricos se corroboró en los libros de registro de procedimientos quirúrgicos del servicio de sala de partos. Con estos datos se elaboró la tabla de cuatro casillas teniendo al diagnóstico histopatológico como el diagnóstico o prueba de referencia y se aplicaron las fórmulas usuales para el cálculo de sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivo y negativo además se calculó el grado de concordancia entre la clínica y la histopatología utilizando la kappa de Cohen. En los estudios de corte transversal como el presente, al aplicar en forma independiente el estudio clínico e histopatológico a todos los individuos, utilizando las fórmulas usuales para tales cálculos se obtienen valores sin sesgo¹⁵⁻¹⁷. Para todos los valores obtenidos se calcularon los intervalos de confianza del 95% (IC95%).

RESULTADOS

En el HURGV, en el periodo de estudio, fueron realizados un total de 3.846 legrados obstétricos con sospecha clínica de aborto o mola (Tabla 1). Fueron diagnosticados 51 casos de mola hidatidiforme, 19 de los cuales (37,3%) se identificaron únicamente mediante estudio histopatológico (Tabla 2).

TABLA 1

Total de legrados y molas hidatidiformes por año.

Año	Legrados	Mola hidatidiforme
1995 (abril-diciembre)	904	18
1996	1.292	15
1997	1.222	15
1998 (enero - marzo)	428	3
Total	3.846	51

TABLA 2

Casos de Mola Hidatidiforme, discriminando por diagnóstico pre-patológico.

Año	Diagnosticado (%)	No Diagnosticado (%)	Total
1995	11 (61)	7 (39)	18
1996	11 (73.3)	4 (26.7)	15
1997	9 (60)	6 (40)	15
1998	1 (33.3)	2 (66.7)	3
Total	32 (62.7)	19 (37.3)	51(100%)

La tabla 3 muestra la sensibilidad, especificidad, valores predictivos y kappa de Cohen del estudio, donde se aprecian una buena especificidad y valor predictivo negativo y unas moderadas sensibilidad, valor predictivo positivo y kappa.

TABLA 3

Tabla de cuatro casillas comparando el diagnóstico clínico y patológico, con base en el total de legrados por sospecha de aborto.

Diagnóstico	Histopatología de Mola		
	SI	SI	NO
Clínico de Mola	NO	32 (VP)*	13 (FP)**
	NO	19 (FN)***	3.782(VN)****

*VP= verdadero positivo

**FP= Falso positivo

***FN= Falso negativo

****VN= Verdadero negativo

Prevalencia = 1.3%, IC95% (0.9-1.7)

Sensibilidad = 62.7%, IC95% (48.1-75.9)

Especificidad = 99.7%, IC95% (99.4-99.8)

Valor predictivo positivo = 71.1%, IC95% (55.5-83.6)

Valor predictivo negativo = 99.5%, IC95% (99.3-99.7)

Kappa de Cohen = 0.662; IC95% (0.631-0.693)

DISCUSIÓN

Basados en los informes de la literatura hay que recordar que hasta un 89% de los casos puede diagnosticarse antes del estudio histopatológico. En el presente estudio se detectó mediante clínica y métodos complementarios solo el 62,7% (IC95% 48.1-75.9), siendo los restantes, un 37,3%, una sorpresa para el clínico.

Se aprecia una alta especificidad (99,7%) y VPN (99,5%). Contrariamente la Sensibilidad (62,7%) y el VPP (71,1%) solo son moderados, al igual que el grado de concordancia entre la clínica y la histopatología ($k=0,662$). Teniendo en cuenta que la mola hidatidiforme representa un factor de riesgo tan importante para el desarrollo de una neoplasia rápidamente progresiva y letal es deseable mejorar tanto la sensibilidad como el valor predictivo positivo con el fin de diagnosticar un mayor número de pacientes en etapa pre-patológica, permitiendo concientizarlas sobre su condición y motivando el cumplimiento de un seguimiento estricto que permita detectar tempranamente la evolución hacia la forma maligna, etapa en la cual la respuesta al tratamiento (generalmente monoquimioterapia) es excelente y curativa con baja toxicidad.

Para mejorar el grado de detección clínica habría que revisar en qué proporción se está realizando el estudio

complementario completo (Ecografía, bhCG cuantitativa), en los casos diagnosticados y no diagnosticados antes del estudio histopatológico. Igualmente es importante conocer el cumplimiento de las pacientes en el control post-legal, midiendo si al diagnosticar la mola por la clínica se logra motivar más el cumplimiento para dichos controles. En conclusión, podemos decir que en el HURGV de Bucaramanga, se pudo verificar una alta especificidad y valor predictivo negativo para el diagnóstico clínico de mola hidatidiforme, sin embargo, la sensibilidad, valor predictivo

positivo y grado de concordancia del diagnóstico clínico e histopatológico fueron solo moderados.

Dada la importancia del problema resulta deseable mejorar la precisión del diagnóstico clínico pre-patológico para lograr una mayor motivación y concientización de las mujeres afectadas quienes por estar en edad reproductiva y con una condición que predispone a una neoplasia potencial y rápidamente letal (la cual es susceptible de curación completa sin secuelas importantes), lograrían un beneficio de dimensiones incalculables.

BIBLIOGRAFÍA

1. Elston CW, Bagshawe KD. The diagnosis of trophoblastic tumors from uteri ne curettings. *J Clin Patol* 1972; 25: 111-18.
2. Bagshawe KD. Risk and prognostic factors in trophoblastic neoplasia. *Cancer* 1976; 38: 1373-85.
3. Vassilakos P, Riottton G, Kajii T. Hydatidiform mole: Two entities. *Am J Obstet Gynecol* 1977; 127: 167-70.
4. Berek JS. Current management of molar pregnancy. *Curr Probl Obstet Gynecol Fertil* 1995; 18: 72-89.
5. Disaia PJ, Creasman WT. Neoplasia trofoblástica gestacional. En: Disaia PJ, Creasman WT: *Oncología ginecológica clínica 4a. edición*, Mosby Doyma libros, España 1993: 210-237.
6. Mazurt MT, Kurman RJ. Gestational trophoblastic disease and related lesions. En: Blaustein's *Pathology of the female genital tract 4a. edición*, Springer-Verlag 1994: 1049-1093.
7. Grimes DA. Epidemiology of gestacional trophoblastic disease. *Am J Obstet Gynecol* 1984; 150: 309-18.
8. Braken MB, Brinton LA and Hayashi K. Epidemiology of hydatidiform mole and choriocarcinoma. *Epidemiol Rev* 1984; 6: 52-75.
9. Lurain JR, Brewer JJ, Torak EE, Halpern B. Natural history of hydatidiform mole after primary eacuation. *Am J Obste Gynecol*, 1983; 145: 591-4.
10. Messerli MI, Liliendfeld AM, Parmley T, Woodruff JD, Rosen Shein NB. Risk factors for gestational trophoblastic neoplasia. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 153: 294-300.
11. Callen PW. Evaluación ecográfica de la neoplasia trofoblástica gestacional. En: Callen PW, *Ecografía en obstetricia y ginecología 3a. edición*, Editorial Panamericana, 1995: 667-677.
12. Soto-Wright V, Bernstein M, Goldstein DP, Berkowitz RS. The changing clinical presentation of complete molar pregnancy. *Obstet Gynecol* 1995; 86: 775-9.
13. Curry SI, Hammond CB, Tyrey L. Hydatidiform mole: diagnosis, management and long-term follow up of 347 patients. *Obstet Gynecol* 1975; 45: 1-8.
14. Trillos JA. Enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Universitario Ramón González Valencia. Una revisión de 5 años. 1987. Observaciones no publicadas.
15. Orozco LC, Camargo DM. Evaluación de tecnologías diagnósticas y tipos de muestreos. *Biomédica* 1997;17:321-324.
16. Griner PF, Maywsky RJ, Mushlin AI, Greenland P. Selection and interpretation of diagnostic test and procedures. *Ann Intern Med* 1981;94:553-600.
17. Kraemer HC. Evaluating medical test. Objective and quantitative guidelines. Newbury Park: Sage Publications; 1992.