

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE MOLA INCOMPLETA. A PROPÓSITO DE UN CASO.



Kozak, I; Gómez Carrascosa, I; Iniesta Albaladejo, MA; Pérez Buendía, J; Penadés Sanz, I; Castro Marchán, E; Gracia Laborda, MR; De Paco Matallana, C.

CASO CLÍNICO

Paciente de 41 años, primigesta, GS 0+, con amigdalectomía previa e hipotiroidismo gestacional como antecedentes personales de interés. Historia familiar de retraso mental por la línea paterna. Consulta en la semana 6+6 de amenorrea en Urgencias de su hospital de referencia por dolor en el hipogastrio. En la ecografía TV se objetiva saco gestacional intrauterino alargado de 42 x 8 mm, VV y embrión con CRL acorde a 6 SG con actividad cardiaca positiva. Además, se observa una imagen excrecente, algo heterogénea, de 14 x 7 mm en cara posterior del saco gestacional, subamniótica, que capta Doppler escasamente y se encuentra independiente de embrión (diagnóstico hematoma VS mioma). Se cita en 3 semanas para nuevo control.

En la semana 11+1 se observa edema fetal generalizado y mínimo hematoma subamniótico. Se explica a la paciente la alta sospecha de alteraciones cromosómicas y malformaciones mayores y la posibilidad de realización de prueba invasiva para estudio genético. La paciente prefiere esperar para nuevo control en 10 días para toma de decisión. En éste se visualizan placenta engrosada y microvesiculada, feto con CRL de 53 mm acorde a 12 sem, TN de 5.2 mm, hidrops fetal (anasarca + derrame pleural), hueso nasal ausente. Se decide finalmente realizar estudio genético precoz, por lo que se derivada a nuestro centro. El nivel de B-HCG en sangre es de 944742.0 mUI/ml, TSH 0.0006 T4I 2.46, Hb 12.5 g/dL.

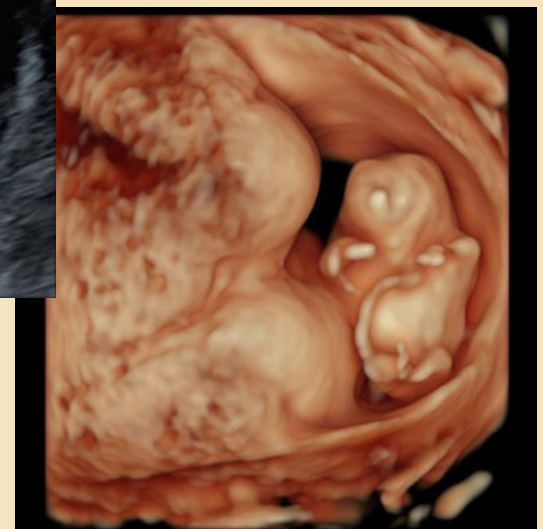
4 días más tarde se realiza qF-PCR que da resultado de triploidía diándrica XXX, con los hallazgos ecográficos que se muestran en las figuras 1 y 2. Con el diagnóstico de la mola hidatidiforme parcial, se administra tratamiento con Mifepristona 200 mg vo, y se cita en 48 horas para tratamiento evacuador. Se hace también RX de tórax que es normal.

Se lleva a cabo legrado obstétrico por aspiración, sin incidencias, se remiten los restos a Anatomía Patológica. La paciente es dada de alta a las 24 h, con cita de seguimiento en Consulta de Patología de 1 Trimestre, con controles semanales de B-HCG hasta obtener 3 muestras negativas, después control mensual.



Fig 1: corte sagital medio del feto, con edema nuchal y múltiples malformaciones.

Fig 2: reconstrucción 3D, en la se aprecia la placenta engrosada y microvesiculada.



DISCUSIÓN

La mola hidatidiforme o gestación molar es una placentación anormal con variable proliferación trofoblástica e hidrops vellosa. Incluye dos variedades: mola completa y parcial. Genéticamente, la presencia del exceso del genoma paterno y su naturaleza androgenética parece ser el factor clave en la patogénesis de ambas formas de la enfermedad.

La epidemiología de la enfermedad trofoblástica gestacional no está bien establecida, debido a los problemas de la precisión diagnóstica, definición de los criterios de inclusión en los estudios, recogida de datos e interpretación de la literatura. La incidencia más alta de la enfermedad por 1000 embarazos se documenta en el Sudeste de Asia, con ratio de 13 casos en Indonesia, 8 en Taiwán, 5 en Filipinas e China y 1,9-4,9 en Japón. América del Norte, Europa y Oceanía tienen incidencia más baja, aproximadamente de 0,5-1,84 casos por 1000 embarazos. Los factores de riesgo son definidos a partir de los estudios de mola completa, y son la edad materna, el más importante (>35 años y adolescentes), la gestación molar previa y la predisposición genética. Hay menos evidencia en cuanto a los abortos de repetición y grupos sanguíneos A y AB.

Las características morfológicas de la mola parcial incluyen la presencia de dos tipos de vellocidades (largas, irregulares e hidrópicas, y pequeñas, inmaduras y fibróticas), vesículas en algunas vellocidades largas, vellocidades irregulares con bordes festoneados, inclusiones trofoblásticas y leve hiperplasia trofoblástica circunferencial. Hay presencia de feto o embrión, malformado por la trisomía genética. Sin embargo, el diagnóstico morfológico puede resultar complicado debido a que estos hallazgos no son tan evidentes en los estadios precoces de la gestación.

Las pacientes con mola parcial suelen presentar síntomas y signos de la gestación diferida o aborto incompleto, con sangrado vaginal y tamaño uterino menor a la edad gestacional correspondiente, a diferencia de la mola completa. Los hallazgos ecográficos característicos de la mola parcial son los cambios focales quísticos en la placenta, el ratio del diámetro transversal/anteroposterior del saco gestacional mayor de 1,5. Las características más tardías están relacionadas con la triploidía del embrión. Debido a que el nivel de la hiperplasia del trofoblasto en la mola parcial es menos prominente, los niveles de B-HCG son menores. Sus niveles séricos > 100000 mUI/ml se presentan en 2 de cada 30 pacientes en algunas series publicadas.

CONCLUSIONES

En las pacientes con el diagnóstico de la gestación molar deben descartarse obligatoriamente las complicaciones médicas asociadas como anemia, toxemia e hipertiroidismo. El legrado por aspiración es el método de tratamiento óptimo, en las pacientes que quieren conservar la fertilidad, con bajo riesgo de metrorragia, infección o tejido molar retenido. En las pacientes con deseo genésico cumplido la histerectomía es una buena alternativa terapéutica. Tras el tratamiento, es indispensable un seguimiento posterior estrecho con controles de niveles de B-HCG para descartar la neoplasia trofoblástica gestacional.

BIBLIOGRAFÍA:

- Hui P; Buza N; M. Murphy K *et al*, Hydatidiform Moles: Genetic Basis and Precision Diagnosis. *Annu. Rev. Pathol. Mech. Dis.* 2017. 12:449-85.
- Ross S; Berkowitz M.D; Goldstein D *et al*. Molar Pregnancy. *The new england journal of medicine.* 2009;360:1639-45.