



# MOLA COMPLETA



Montoya Martínez, C.; Pina Montoya, M.A; Velastegui Calderón, K.V; Aroca Madrid, M.L; Gómez Melero, R.

## Introducción

- La **enfermedad trofoblástica gestacional** (**mola parcial o completa**) deriva de una proliferación trofoblástica anormal de la placenta con potencial para invadir localmente el útero y metastatizar, ocasionando lo que se denomina **Neoplasia Trofoblástica Gestacional** (mola invasiva, coriocarcinoma, tumor del lecho placentario ó tumor trofoblástico epitelioides).
- Sobre el **80%** de las ETG corresponde a mola hidatiforme, **15%** a mola invasiva y **5%** a coriocarcinoma.
- La incidencia para la mola completa es **1- 3:1000** embarazos y parcial **3:1000** embarazos respectivamente.
- El factor de riesgo mejor establecido para la mola hidatiforme es la **edad materna avanzada (> 40 años)** seguido del antecedente de **gestación molar previa**, sin verse modificado por cambio de pareja (1% si un antecedente y 15-20% si dos antecedentes).

## Caso clínico

### MOTIVO DE CONSULTA

Mujer de 43 años que acude a Urgencias por sangrado, dolor abdominal intenso de un mes de evolución y sensación de distermia asociada desde el día anterior. En tratamiento con ACO hasta hace un mes.

### HISTORIA CLÍNICA

AP: No AMC. Procedente de Latinoamérica, reside en España desde hace 14 años. Cefalea mixta. Distimia. Episodio de hepatitis aguda en 2018. AQ: No refiere. AO: G7P5A2.

### EXPLORACIÓN GENERAL Y OBSTÉTRICA

REG, consciente y orientada. Constantes normales, afebril. Abdomen blando y depresible, con dolor a la palpación en hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal. Se observa sangrado activo de cavidad que es maloliente.

### PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Tacto vaginal bimanual: Cérvix doloroso a la movilización, útero aumentado de tamaño y consistencia disminuida.

Ecografía TV: útero aumentado de tamaño (11x7 cm) con masa intrauterina isoecogénica de 7x6x9 cm, Doppler negativo. Miometrio adelgazado. Ovarios ecográficamente normales.

**BHCG: >265.800 mUI/ml.**

### CONDUCTA A SEGUIR Y EVOLUCIÓN



Corte longitudinal.



Corte transversal.

Masa intrauterina con miometrio adelgazado.

Ante estos hallazgos clínicos, ecográficos y analíticos, la paciente es ingresada para completar estudio, siendo la sospecha clínica principal de **Enfermedad Trofoblástica Gestacional**.

Durante el ingreso la paciente presenta fiebre y deterioro del estado general. El estudio de extensión (TC torácico-abdomino-pélvico) resulta negativo, encontrándose la masa confinada en útero. Se decide entonces ante inicio de cuadro séptico, realizar **histerectomía total con salpinguectomía bilateral laparotómica**. Se realiza la misma sin incidencias.

Tras la intervención quirúrgica, cede la fiebre y la paciente encuentra mejoría del estado general. Es dada de alta una semana después, encontrándose asintomática.

- Resultados AP: **MOLA HIDATIFORME COMPLETA, NO INVASIVA.**

Actualmente en seguimiento por Ginecología, con controles de BHCG semanales en disminución.

## Conclusiones

- El diagnóstico de confirmación de mola hidatiforme se realiza mediante el **estudio anatomopatológico o genético**.
- La evacuación médica está **contraindicada** en molas completas. En las molas parciales se puede valorar cuando el tamaño del componente fetal contraindica el legrado aspirativo, valorando el riesgo-beneficio de aumento del riesgo de NTG.
- La histerectomía con preservación anexial puede ser una opción terapéutica en pacientes que presenten deseo genésico cumplido (menor riesgo de secuelas malignas y evolución a NTG).
- Es preciso realizar un seguimiento estricto de las pacientes con ETG con el fin de detectar precozmente la evolución a NTG. El control post-tratamiento es mediante monitorización de **β-HCG**.
- Es necesario informar a la paciente de la importancia de **evitar una nueva gestación** durante el seguimiento de β-HCG. Se recomendarán anticonceptivos orales como primera opción.