

ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA

Valenciano Rodríguez, M.(1), Crespo Bañón, P.(1), Gallego Pozuelo RM.(1), Llamas Sarriá, MA.(1), Merlos Martínez, MI.(1), Ruiz Boluda, MI.(1), Carrascosa Romero, MC. (2)

(1) MIR Médico Interno Residente

(2) FEA Facultativo Especialista Adjunto

INTRODUCCIÓN

La enfermedad trofoblástica gestacional consiste en la proliferación anormal del trofoblasto que produce una degeneración hidrópica y avascular en las vellosidades coriales, y la proliferación del epitelio trofoblástico por alteración genética en el momento de la fecundación.

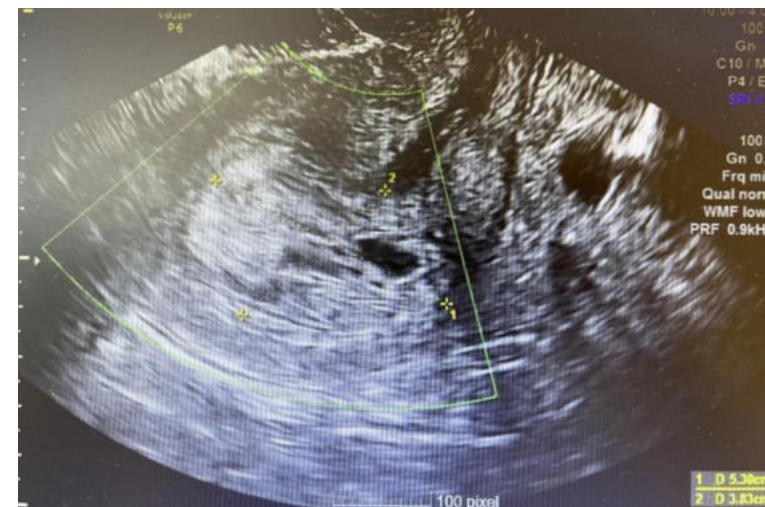
Se pueden distinguir dos entidades:

- Mola total o completa: Es la más frecuente. Todo el material genético es paterno. No existe embrión. Todas las vellosidades tienen degeneración hidrópica. El riesgo de mola persistente es del 15-20%.
- Mola parcial: Además del tejido molar, existe una zona de placenta sana a veces con embrión (casi siempre de desarrollo anormal). El riesgo de persistencia es menor (4-8%).

La clínica más frecuente es el sangrado vaginal, con o sin expulsión de vesículas (signo patognomónico pero muy inusual). Además la paciente puede presentar síntomas de hiperemesis.

El diagnóstico se realiza con la exploración y anamnesis de la paciente, además de una imagen ecográfica en “copos de nieve” o “panal de abeja”.

El nivel de b-HCG en sangre se encuentra muy elevados(en torno a 200,000 mUI/ml).



CASO CLÍNICO

Paciente de 35 años que acude a Urgencias del Hospital Maternal remitida del centro de salud para datar gestación, ya que desconoce FUR. La paciente está asintomática. Su fórmula obstétrica es G4 P2 A1, y su grupo sanguíneo es A-.

En el examen ecográfico se objetiva en fondo uterino una formación heterogénea de 53 x 38 mm, con contenido de aspecto vesiculoso en “panal de abeja”, visualizando imagen compatible con saco gestacional sin polo embrionario en su interior. La determinación de b-HCG es de 56309 mUI/ml.

La paciente queda en ayunas desde ese momento, y se programa el legrado obstétrico evacuador tipo aspirativo. Posteriormente se realiza radiografía de tórax que se informa como normal.

Cumplidas las horas de ayuno, se realiza el legrado que cursa sin incidencias. Los restos obtenidos se envían al servicio de Anatomía Patológica.

La determinación de b-HCG a las 24h del legrado es de 12605 mUI/ml. Se indica alta a domicilio con nuevo control ecográfico y de b-HCG en una semana.

CONCLUSIONES

La enfermedad trofoblástica gestacional es una entidad relativamente frecuente en mujeres premenopáusicas. Es necesario su seguimiento estrecho a pesar de la realización del legrado aspirativo porque en ocasiones permanece o prolifera en forma de tumor (neoplasia trofoblástica gestacional: mola invasiva, coriocarcinoma y tumor del lecho placentario).

Bibliografía

- Galindo A. Ecografía Obstétrica. Primera Edición. Madrid: Marbán; 2019.
- Pasca R., Miró E., Muñoz M. Protocolo de manejo de mola hidatiforme. Hospital Universitario Clinic. Barcelona. Actualización: mayo de 2019