



ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA PERSISTENTE

Montoya Martínez, C.; Delgado González, JL.; Pérez Rocamora, F.; Jiménez Machuca, P.; Martínez Martínez, A.; López Vázquez, C.; Hernández Peñalver, AI. Hospital General Universitario Rafael Méndez.

ANAMNESIS

Mujer de 29 años, gestante de 9 semanas, que ingresa por sospecha ecográfica y analítica de mola hidatiforme, tras control por ginecólogo privado.

No refiere sangrado vaginal, dolor abdominal ni otra sintomatología asociada.

Ant. personales: Alergia a penicilina. Asma extrínseca. Ant. quirúrgicos: Apendicectomía. Cólico renal.

EXPLORACIÓN FÍSICA Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Exploración física: BEG, consciente y orientada. Constantes normales. Abdomen blando y depresible, sin signos de irritación peritoneal ni dolor a la palpación.
- Espéculo: cérvix normoepitelizado de nulípara, sin sangrado vaginal.
- Ecografía transvaginal: saco gestacional intrauterino con embrión de CRL 3,2 mms acorde a 6 semanas con actividad cardíaca positiva. Adyacente a él, se visualiza una imagen heterogénea que parece infiltrar miometrio de 21x16 mms. Anejos ecográficamente normales. No líquido libre en Douglas.
- B-HCG: 112665.0 mUI/mL.
- Radiografía de tórax de control y TC abdominal resultan normales.

JUICIO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La sospecha clínica inicial era una mola hidatiforme. Se realiza legrado obstétrico aspirativo.

- Anatomía patológica: mola hidatiforme parcial.
- Diagnóstico diferencial: Mola parcial/completa/invasora, tumor del seno placentario y coriocarcinoma.

Ante la persistencia de niveles de hormona B-HCG elevados, asociado a engrosamiento endometrial, se diagnostica de neoplasia trofoblástica gestacional persistente estadio I.

Actualmente, la paciente se encuentra en tratamiento quimioterápico con metotrexate con mejoría progresiva de niveles de B-HCG.

CONCLUSIONES

- La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) deriva de la proliferación trofoblástica anormal de la placenta con potencial para invadir tejidos, ocasionando una Neoplasia Trofoblástica Gestacional (NTG).
- El 80% de las ETG corresponde a mola hidatiforme, 15% a mola invasiva y 5% a coriocarcinoma.
- El diagnóstico de confirmación se realiza mediante estudio genético o anatomopatológico.
- 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.