

Enfermedad trofoblástica gestacional: mola hidatiforme

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA

Martínez Zarco A.(1), Barroso Linares R.(1), Belando Plaza E.(1), Luque Ufarte MM.(1), Naranjo Díaz E.(1), Varó Torrecillas O.(1), Ruiz Boluda MI.(1), Muñoz Contreras M. (2)

(1) MIR Médico Interno Residente, (2) FEA Facultativo Especialista Adjunto

INTRODUCCIÓN

La enfermedad trofoblástica gestacional es un conjunto de afecciones causadas por un crecimiento anormal de la placenta, que puede invadir el útero y diseminarse a otras partes del cuerpo. Se clasifica en:

- Mola hidatiforme (completa y parcial)
- Neoplasia trofoblástica gestacional (mola invasiva, coriocarcinoma, tumor del lecho placentario, tumor trofoblástico epitelioides).

La mola hidatiforme representa aproximadamente el 80% de los casos, y su incidencia es de 1-3 casos por cada 1000 embarazos para la mola completa y de 3 casos por cada 1000 embarazos para la mola parcial. Los factores de riesgo más importantes son la edad materna avanzada (>40 años) y tener antecedentes de gestación molar.

MANEJO

En primer lugar, se debe solicitar una analítica que incluya: hemograma, coagulación, grupo sanguíneo, función hepatorrenal y tiroidea (TSH y T4), así como una radiografía de tórax preevacuación.

El tratamiento de elección es el **legrado aspirativo** bajo cobertura antibiótica con azitromicina 500 mg VO al ingreso. Se deben enviar los restos ovulares a anatomía patológica.

Posteriormente se debe hacer un seguimiento, que consistirá en:

- Consulta presencial a los 7-10 de la evacuación con determinación de β -HCG en sangre y ecografía transvaginal.
- Determinación semanal de la β -HCG hasta conseguir 3 determinaciones consecutivamente negativas (β -HCG < 5 mUI/l)
- Tras la remisión completa, controles de β -HCG cada mes durante 6 meses.
- Anticoncepción (de elección los anticonceptivos orales) durante el seguimiento para evitar embarazo y poder valorar la remisión de la enfermedad.
- Si persistencia de β -HCG positiva: derivar a unidad de oncología ginecológica.

CASO CLÍNICO

Paciente de 28 años con test de gestación positivo en domicilio que acude a nuestro centro hospitalario por metrorragia del primer trimestre asociada a dolor hipogástrico.

-Exploración física: genitales externos normales. Introito vulvar y vagina sin hallazgos patológicos. Escasos restos hemáticos en vagina sin sangrado activo procedente de cavidad.

-Ecografía transvaginal: útero en anteversión con embrión de 18 mm de CRL sin actividad cardíaca. Placenta localizada en cara anterior con imágenes redondeadas anecoicas de pequeño tamaño sugestivas de **vacuolas**. No se objetivan masas anexiales.

Se solicitó **β -HCG en sangre** siendo esta de **352.000 mUI/ml**



El diagnóstico diferencial de la mola parcial y completa se recoge en la tabla siguiente:

| Características | MOLA PARCIAL | MOLA COMPLETA |
|---------------------------------|---|---|
| Etiología | 1 óvulo + 2 espermias | Óvulo vacío + 1 espermia que duplica (90%) Óvulo vacío + 2 espermias (10%) |
| Cariotipo | Triploide (69,XXX o 69,XXY de origen paterno -diándrica-) | Diploide (46,XX o 46,XY) |
| Histología | | |
| • Feto y Hematíes fetales | A menudo presentes | Ausentes |
| • Edema vellosidades | Variable, focal | Difuso |
| • Proliferación trofoblasto | Focal, Moderada | Difusa, severa |
| Presentación clínica | | |
| • Diagnóstico | Aborto | Gestación molar |
| • Tamaño uterino | Pequeño o adecuado para edad gestacional | Aumentado para edad gestacional (50%) |
| • Quistes tecaluteínicos | Poco frecuentes | 15-25% |
| • β -HCG > 100.000 mUI/mL | <10% | >90% |
| • Complicaciones médicas | Poco frecuentes | <25% (más frecuentes si altura uterina >14-16sg) |
| • Riesgo malignización | 1-5% | 15-20% |

CONCLUSIONES

- Debemos sospechar una enfermedad trofoblástica gestacional cuando encontremos imágenes compatibles con vacuolas en la placenta ("en copos de nieve") y los niveles de β -HCG sean >100.000mUI/ml.
- El legrado siempre debe ser aspirativo. Utilizar legra de Recamier aumenta la posibilidad de perforación y diseminación de la enfermedad.
- Es muy importante realizar un seguimiento de los niveles de β -HCG, puesto que si persiste positiva, se debe derivar a la paciente a oncología ginecológica para descartar una neoplasia trofoblástica gestacional.

BIBLIOGRAFÍA

Manejo de la mola hidatiforme. 2018. Protocolos Medicina Maternofetal. Hospital Clinic-Hospital Sant Joan de Déu-Universidad de Barcelona