

CASO CLÍNICO

Imágenes ecográficas de la mola hidatiforme parcial en el segundo trimestre del embarazo

Ultrasound imaging of partial hydatidiform mole in the second trimester of pregnancy

Marina Jover Labiste

Especialista de I Grado en Medicina General Integral e Imagenología. Instructora. Hospital Materno Sur "Mariana Grajales Coello", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se describe el caso clínico de una paciente de 27 años de edad y 18 semanas de gestación, ingresada en el Servicio de Obstetricia del Hospital Ginecoobstétrico Provincial "Mariana Grajales Coello" de Santiago de Cuba, por presentar cifras tensionales elevadas, cefalea y dolor en bajo vientre. Los exámenes complementarios efectuados confirmaron que se trataba de una mola hidatiforme parcial, por lo cual se legró la cavidad uterina y se extrajeron pequeños fragmentos de estroma endometrial para estudio anatomicopatológico. Se indicó seguimiento médico por consulta externa y se citó a los 21 días para el control y la evaluación de su estado general.

Palabras clave: embarazada, mola hidatiforme, ecografía, hospital materno

ABSTRACT

The case report of a 27 year-old patient with 18 weeks gestation, admitted to the Obstetrics Department of "Mariana Grajales Coello" Provincial Gynecology and Obstetrics Hospital of Santiago de Cuba due to high blood pressure, cephalgia and pain in lower abdomen is described. Additional tests confirmed a partial hydatidiform mole, so that uterine curettage was performed and small fragments of endometrial stroma were removed for pathological study. Outpatient medical monitoring was recommended and the patient had an appointment at 21 days for controlling and evaluating her general state.

Key words: pregnant woman, hydatidiform mole, ultrasound, maternity hospital.

INTRODUCCIÓN

La mola hidatiforme corresponde a un conjunto de alteraciones por la proliferación anormal del trofoblasto en la gestación, incluyendo edema y aumento de las vellosidades.¹ En Estados Unidos de Norteamérica tiende a ocurrir un caso cada 1 000 embarazos y en Asia uno cada 100.² Constituye una de las causas de sangrado uterino en el primer trimestre de la gestación.

Clásicamente esta afección se ha dividido en 2 grupos principales: completa y parcial. La primera se produce por la fertilización de un ovocito por un espermatozoide duplicado (cariotipo 46XX o 46XY); la segunda, cuando un huevo es fecundado por 2 espermatozoides y puede manifestarse como cariotipos 69 XXX, 69XXY o 69XYY.^{1,2}

En la mola parcial parte de la placenta se transforma en tejido molar, mientras que el resto es capaz de nutrir al feto; en la completa, toda la placenta está formada por dicho tejido.³

Para muchos autores, las mujeres con más de 40 años de edad son las más afectadas y para otros, las menores de 20.⁴

Según se informa en la bibliografía médica consultada, existen varios casos de embarazos molares en una misma mujer, aunque este hallazgo resulta bastante infrecuente.^{4,5}

Generalmente se presenta con sangrado vaginal en la primera mitad del embarazo, hiperemesis y toxemia precoz.

Mediante la ecografía puede diagnosticarse antes del comienzo de los síntomas, que suele ser de 6-8 semanas para la mola completa y de 16-18 para parcial.⁵

Aunque la génesis de este trastorno no se conoce por completo, los estudios epidemiológicos ofrecen cierta orientación hacia factores de riesgo tales como: edad, antecedente de embarazo molar, paridad, contraceptivos orales, anormalidades en el útero o deficiencias nutricionales.^{6,7}

CASO CLÍNICO

Se describe el caso clínico de una embarazada de 27 años de edad, ingresada en el Servicio de Obstetricia del Hospital Ginecoobstétrico Provincial "Mariana Grajales Coello" de Santiago de Cuba, por presentar cifras tensionales elevadas, cefalea y dolor en bajo vientre.

Antecedentes patológicos personales: asma bronquial

Antecedentes obstétricos: 2 gestaciones, 1 parto y ningún aborto

- Examen físico

- Mucosas: hipocoloreadas y húmedas
- Tejido celular subcutáneo: no infiltrado
- Aparato respiratorio: murmullo vesicular normal, sin estertores
- Aparato cardiovascular: ruidos cardíacos normales, ausencia de soplos
- Tensión arterial: 150/90 mm de Hg
- Abdomen: altura uterina: 18 cm, con peloteo fetal

- Exámenes complementarios

- Hemoglobina: 95g/L
- Coagulograma: sin alteraciones
- Parcial de orina: proteínas 5g/L (xxx)
- Glucemia: 4,1 mmol/L

- Creatinina: 88 mmol/L
- Ácido úrico: 351 mm/L
- Proteínas totales: 73g/L
- Prueba serológica: no reactiva
- Ecocardiograma: bradicardia sinusal
- Ecografía renal y suprarrenal: imágenes normales
- Útero: grávido, de 157x76 mm, con feto vivo en su interior
- Líquido amniótico: oligoamnios severo
- Cavidad uterina: masa ecogénica de 96x27 mm, con múltiples vesículas en la porción posteroinferior
- Ovario izquierdo: imágenes ecolúcidas tabicadas, de aspecto quístico (figura 1)
- Radiografía de tórax: acentuación de la trama broncovascular. Área cardíaca con límites normales

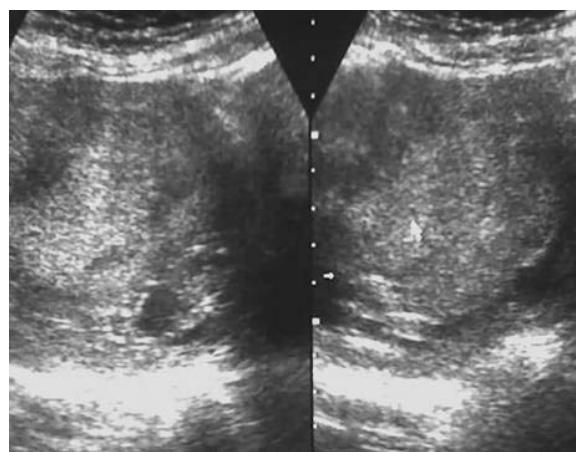


Figura 1. Ovario izquierdo: imágenes ecolúcidas tabicadas, de aspecto quístico

El caso clínico fue discutido por los integrantes de un equipo multidisciplinario, quienes diagnosticaron la presencia de enfermedad molar embrionada, con proteinuria, en la evolución de una preeclampsia causada por la alteración trofoblástica.

Asimismo, el perfil hepático realizado mostró resultados normales, con gonadotropina coriónica mayor de 80 mUI/L.

La paciente fue transfundida y no se produjeron efectos adversos. Se decidió evacuar el producto de la concepción por vía vaginal.

- Anatomía patológica

Se obtuvo abundante material de color pardo, con fragmentos de diversas áreas fetales (figura 2).

El diagnóstico definitivo fue el de enfermedad trofoblástica, también conocida como mola hidatiforme.



Figura 2. *Muestra anatomopatológica. Observe abundante material de color pardo.*

Se realizó ecografía posevacuación, donde se observó útero de 139x52 mm, con contenido complejo en el fondo de la cavidad uterina, que medía 62x7 mm, con aspecto de restos ovulares y ovarios multiquísticos. No se visualizó líquido en fondo de saco de Douglas.

Se efectuó legrado de la cavidad uterina y se obtuvo sangre y pequeños fragmentos de estroma endometrial. Se le indicó metrotexate según dosis requerida y consulta a los 21 días.

Ecografía abdominal: imágenes normales

Ecografía ginecológica: útero globuloso de 84x 61 mm, con contenido complejo escaso en la cavidad ($3,5 \text{ cm}^3$) y múltiples imágenes ecolúcidas bilaterales de 69x62 mm, de aspecto quístico y predominio en el lado derecho.

Se hizo legrado diagnóstico, cuyos resultados anatomico-pathológicos revelaron contenido de sangre con diminutos fragmentos de estroma endometrial.

Los títulos de hormona gonadotropina coriónica (HCG) disminuyeron, al alcanzar cifras de 2,4 mUI/L hasta su desaparición.

COMENTARIOS

En la mola parcial no suelen identificarse anomalías fetales específicas, pero sí casi siempre retardo en el crecimiento fetal. El diagnóstico prenatal se basa en la ecografía, en las determinaciones seriadas de HCG y en el cariotipo fetal, aunque el diagnóstico de certeza es el histológico.³

Se estima que la incidencia de mola con embrión varía y es del orden de 1 por cada 22 000 a 1 por cada 100 000 embarazos, lo que representa de 0,005-0,001 %.⁶

Clásicamente, las molas parciales se observan en la ecografía como placas agrandadas, con grosor de 4 cm o más (entre las 18-22 semanas de gestación) y espacios multiquísticos avasculares anecoicos, por estasis de sangre materna entre las vellosidades.⁷

En el primer trimestre del embarazo, la apariencia ecográfica puede no ser el clásico "racimo de uvas", sino aparecer, bien como un aborto incompleto o diferido o como

una masa intrauterina; en la segunda fase, posterior a dicho trimestre o inicio del segundo, suele producirse la clásica apariencia de vellosidades hidrópicas en la forma antes mencionada.³

Por otra parte, la ecografía Doppler muestra flujos altos y baja resistencia, las gestaciones normales son de flujo mucho menor; también son diagnosticados, con alto porcentaje, los quistes tecaluteínicos, con aspecto de "rueda de carro", relacionados con concentraciones elevadas de gonadotropina.⁴

En el caso clínico presentado, la enfermedad inició con hipertensión arterial precoz inducida por el embarazo y la ecografía mostró las alteraciones típicas ya descritas.

Para el diagnóstico deben tenerse en cuenta manifestaciones clínicas, tales como hemorragia en el primer trimestre del embarazo (aborted, embarazo ectópico), desproporción entre el tamaño del útero y la edad gestacional (embarazo múltiple, mioma uterino, hidramnios), además de anomalías del desarrollo embrionario como: síndrome de Beckwith-Wiedemann (feto cromosómicamente normal pero malformado, con hidropesía de vellosidades y placentomegalia) y otras entidades clínicas como malformaciones angiomas placentarias, que suelen asociarse al crecimiento intrauterino retardado (sin alteraciones cromosómicas y muerte fetal), gestación gemelar con mola completa y feto coexistente (el examen ecográfico y cromosómico puede complicarse por el hecho de que el tejido placentario molar procede de un gemelo reabsorbido) o mola completa, que en etapas precoces puede simular mola parcial.^{7,8}

Se puede realizar radiografía de tórax, que únicamente se repetirá si los valores de HCG se estabilizan o elevan, o ante la evidencia clínica o radiográfica de metástasis.^{9,10}

El diagnóstico de mola hidatiforme parcial es fundamentalmente clínico y debe apoyarse en la ecografía, en las determinaciones hormonales y en el estudio citogenético. Aunque es una afección localizada, que se resuelve con la evacuación uterina, en algunos casos puede mantenerse una enfermedad trofoblástica persistente, por lo cual es imprescindible realizar un seguimiento adecuado a las pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Quiñones Ceballos A, Martínez Corcho M, Matienzo Carvajal G, Piña Loyola N. Embarazo molar: estudio en el período 1994-1999 en el Hospital Provincial Ginecoobstétrico de Cienfuegos. Rev Cubana Obstet Ginecol 2001; 27(3):221-5.
2. Sánchez Alarcón CE, Millán Vega MM, Fajardo Tornés Y, Proenza Macías J. Mola hidatiforme parcial con feto vivo en el tercer trimestre del embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol 2010; 36(4). <http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol36_04_10/gin17410.htm> [consulta: 12 septiembre 2011].
3. Pérez de Castillo J, Carmona de Uzcategui ML, Moreno F, Tovitto G. Estudio anatomo-patológico de un caso de mola parcial. Rev Obstet Ginecol Venez 2006; 66 (2):107-17.
4. Valls Pérez O, Parrilla Delgado ME. Atlas de ultrasonido diagnóstico. La Habana:

Editorial Científico-Técnica, 1982:469.

5. Pacheco de la Cruz J, Alegre J, Paniagua G. Características clínicas y anatomo patológicas en mola hidatiforme. Anales Fac Med 2002; 63(4). <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/379/37963405.pdf>> [consulta: 12 septiembre 2011].
6. Carrillo Vadillo R, García Lozano JC, Peciña López A, Cerrillos González L, Torrejón Cardoso R. Mola hidatiforme parcial en gestante de 17 semanas con preeclampsia. Prog Obstet Ginecol 2010; 53(12):520-4.
7. Juárez Azpilcueta A, Islas Domínguez L, Durán Padilla MA. Mola hidatiforme parcial con feto vivo del segundo trimestre. Rev Chilena Obstet Ginecol 2010; 75(2):137-9.
8. Berkowitz R, Goldstein D. Embarazo molar. Rev del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá 2009; 28(2). <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/912/91212200006.pdf>> [consulta: 12 septiembre 2011].
9. Ribbeck G, Muñoz C, Gutiérrez S. Mola incompleta, eclampsia y síndrome de Hell. Un caso clínico. Rev Chilena Ultrasonog 2006; 75(2):62-6.
10. Flores Acosta CC, Barboza Quintana O, Vidal GutiérrezO, Morales Martínez F. Embarazo ectópico molar cornual. Caso clínico. Rev Chilena Obstet Ginecol 2010; 75(2):133-6.

Recibido: 3 de octubre de 2011

Aprobado: 27 de octubre de 2011

Marina Jover Labiste. Hospital Provincial Ginecoobstétrico "Mariana Grajales Coello", avenida Victoriano Garzón, Santiago de Cuba, Cuba.