



Mola parcial y preeclampsia atípica: reporte de un caso y revisión de la bibliografía

José Luis Barrón Rodríguez,* Francisco Piña Saucedo,** Jorge Clorio Carmona,*** Francisco Javier Fraire González,**** Omar Armando Soto Ruíz¹

RESUMEN

Se reporta el caso de una paciente primigesta de 23 años de edad con un embarazo molar parcial de 16 semanas, con inicio atípico de preeclampsia (cifras tensionales elevadas 160/100 mmHg, proteinuria de 3.4 g en 24 horas, cefalea, fotofobia y anasarca). Se establecieron los diagnósticos diferenciales con: nefritis lúpica, síndrome urémico hemolítico, síndrome de anticuerpos antifosfolípido y púrpura trombocitopénica trombótica. Se requirió la terminación del embarazo por vía vaginal debido al deterioro del estado de salud de la madre con repercusión sistémica; durante el postparto se observó franca mejoría del estado de salud.

Palabras clave: preeclampsia atípica, diagnóstico diferencial, embarazo molar, mola parcial, preeclampsia.

ABSTRACT

We report the case of 23 years old primigesta patient with a partial molar pregnancy 16 weeks, studying with atypical presentation of preeclampsia (high blood pressure 160/100 mmHg, proteinuria of 3.4 g in 24 hours, headache, photophobia and anasarca), so differential diagnoses ruled out (lupus nephritis, hemolytic uremic syndrome, antiphospholipid antibody syndrome, thrombotic thrombocytopenic purpura, nephrotic syndrome). Disengage vaginally were required by the presence of deterioration of maternal health with systemic repercussions. We observed marked improvement in health status after disengage.

Key words: Atypical preeclampsia, Differential diagnosis, Molar pregnancy, Partial mole, Preeclampsia.

RÉSUMÉ

Nous rapportons le cas d'une primigeste de 23 ans avec une grossesse molaire partielle de 16 semaines, avec une pré-éclampsie apparition atypique (pression artérielle 160/100 mmHg, protéinurie de 3,4 g en 24 heures, des maux de tête, une photophobie et une anasarque). Les diagnostics différentiels ont été établis avec: néphrite lupique, syndrome hémolytique et urémique, syndrome des anticorps antiphospholipides et purpura thrombotique thrombocytopenique. Il a fallu l'interruption de grossesse par voie vaginale en raison de la détérioration de la santé de la mère, avec un impact systémique; post-partum noté une nette amélioration de l'état de santé.

Mots-clés: atypique, le diagnostic différentiel, la grossesse molaire, mole partielle, la pré-éclampsie.

RESUMO

Relatamos o caso de uma primigesta de 23 anos com uma gravidez molar parcial de 16 semanas, com pré-eclâmpsia início atípico (pressão arterial elevada 160/100 mmHg, proteinúria de 3,4 g em 24 horas, dor de cabeça, fotofobia e anasarca). Diagnósticos diferenciais foram estabelecidas com: nefrite lúpica, síndrome hemolítico-urêmica, síndrome do anticorpo antifosfolípido e púrpura trombocitopênica trombótica. Foi necessária a interrupção da gravidez por vaginal, devido à deterioração da saúde da mãe com impacto sistêmico; pós-parto observou melhora acentuada no estado de saúde.

Palavras-chave: diagnóstico, atípico diferencial, gravidez molar, mole parcial, pré-eclâmpsia.

* Médico ginecobstetra, Centro Médico Nacional Torreón, Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar 16. Delegación Coahuila, México.

** Médico ginecobstetra con subespecialidad en Medicina Materno fetal y maestría en Ciencias Médicas y Epidemiológicas, adscrito al Centro Médico Nacional Torreón del Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar 16. Delegación Coahuila, México.

*** Médico internista con subespecialidad en hepatología, adscrito al Departamento de Terapia Intensiva de la Unidad Médica de Alta Especialidad 71 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Torreón, Coahuila.

**** Médico residente de Ginecología y Obstetricia de tercer grado, Centro Médico Nacional Torreón, Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar 16. Delegación Coahuila, México.

¹ Médico residente de Ginecología y Obstetricia de segundo grado, Centro Médico Nacional Torreón, Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar 16.

Correspondencia: Dr. José Luis Barrón Rodríguez. Cerrada Herberos 112. Torreón 27010 Coahuila. Correo electrónico: drbarronyo@gmail.com

Recibido: septiembre 2012. Aceptado: octubre 2012.

Este artículo debe citarse como: Barrón-Rodríguez JL, Piña-Saucedo F, Clorio-Carmona J, Fraire-González FJ, Soto-Ruiz OA. Mola parcial y preeclampsia atípica: reporte de un caso y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex 2012;80(12):783-787.

La enfermedad trofoblástica gestacional es un grupo amplio de trastornos que se originan de un huevo fertilizado con comportamiento biológico que puede ir desde lesiones benignas hasta francamente malignas, según su diferenciación y que tiene en común la proliferación del trofoblasto gestacional. La Organización Mundial de la Salud dividió a la enfermedad trofoblástica gestacional en los siguientes grupos: mola hidatiforme completa, mola parcial, coriocarcinoma, tumor trofoblástico del sitio de la placenta y tumores trofoblásticos misceláneos (sitio de placentación exagerada, placa o nódulo del sitio de placentación) y lesiones trofoblásticas inclasificables.^{1,2,3} El 85% de las variedades de enfermedad trofoblástica gestacional lo representa la mola hidatiforme.³ Tanto el embarazo molar completo como la mola parcial se caracterizan por degeneración hidrópica de las vellosidades coriónicas, pero en menor grado esta última. El cariotipo típico, característico de la mola parcial, es la triploidia (69 cromosomas) como resultado de la unión de un oocito vacío con un espermatozoide duplicado o dos espermatozoides (70% 69 XXY, 27% 69 XXX y 3% XYY). Algunos embarazos molares pueden complicarse con preeclampsia o progresión a enfermedad trofoblástica persistente hasta en 14.5%.^{2,4,5} La incidencia de enfermedad trofoblástica gestacional varía en diferentes partes del mundo (más común en países asiáticos); es de 0.6 a 2 por cada 1,000 mujeres y en mujeres hispanas de 4 por cada 1,000. La incidencia promedio de mola completa es de 1 por cada 1000 embarazos y de mola parcial aproximadamente de 0.005 a 0.001%;³ sin embargo, estas estadísticas no son del todo confiables porque en muchos abortos del primer trimestre se omite el diagnóstico de embarazo molar. La estimación de omisión de diagnóstico es, incluso, de 16% de los embarazos con mola completa y hasta 70% de casos de mola parcial, sobre todo en lugares donde las muestras de legrado uterino de abortos del primer trimestre no se envían para su estudio histopatológico.⁴ Por esto es necesario contar con un buen diagnóstico y tratamiento de estos casos. Por lo general, más de 90% de los embarazos molares, completos o parciales, se resuelven posterior a la evacuación uterina. El riesgo de persistencia del embarazo molar parcial es muy bajo (0.5 a 2%) y, en general, no hay aumento del riesgo de recurrencia en los próximos embarazos. El embarazo molar completo tiene 10 veces más riesgo de recurrencia en el próximo embarazo y más de 10 veces en el tercer embarazo, por lo que se recomienda

realizar un ultrasonido obstétrico en cuanto se sospeche un embarazo subsecuente.^{6,7} En ocasiones, el diagnóstico no es fácil porque en la mola parcial el diagnóstico por ultrasonido puede omitirse. Sin embargo, el ultrasonido es una herramienta decisiva para el diagnóstico oportuno de este padecimiento. Entre los hallazgos encontrados por ultrasonido están: múltiples imágenes hipoeoicas (desde 0.5 a 2 cm) en la placenta en coexistencia con (mola parcial) o sin feto y quistes tecaluteínicos (ovarios mayores de 3 cm de diámetro) y con sospecha de invasión puede encontrarse mediante ultrasonido doppler aumento de la vascularización en el miometrio.^{2,3,8,9} Los quistes tecaluteínicos aparecen debido a la hipersensibilidad o hiperestimulación excesiva de la hormona gonadotrófica fracción β y se presentan en 15% de los embarazos molares, por lo general son bilaterales y sólo tienen 3% de posibilidades de torsión o hemorragia. Por lo general se resuelven espontáneamente y suelen encontrarse hasta seis semanas posterior a la evacuación uterina.⁹ La concentración de hormona gonadotrófica coriónica fracción β (hGC) suele ser mayor en la mola total que en la parcial; sin embargo, en embarazos molares parciales, con concentraciones elevadas de hGC fracción β , hay mayor asociación de complicaciones materno-fetales. Las concentraciones de hGC fracción β superiores a 100,000 mUI/mL se asocian con mayor riesgo de neoplasia trofoblástica gestacional.^{1,2,6,7} El diagnóstico definitivo de la enfermedad trofoblástica gestacional es el histopatológico. En la actualidad se realizan estudios inmunohistoquímicos y de genotipo molecular para refinar el diagnóstico de la enfermedad molar, porque esto ayuda en la práctica clínica y a estudios de investigación para determinar el riesgo de persistencia de la enfermedad trofoblástica gestacional.⁷

Preeclampsia en embarazos menores de 20 semanas

En la actualidad existen casos reportados en la bibliografía internacional de aparición de preeclampsia, eclampsia e incluso síndrome de Hellp con sus complicaciones antes de la semana 20 de gestación.^{1,2,4,5} Se ha descrito en embarazos molares o degeneración hidrópica de la placenta con o sin la existencia de feto; sin embargo, siempre que se encuentre esta posibilidad se recomienda establecer el diagnóstico diferencial minucioso.

En la presentación atípica de la preeclampsia pueden encontrarse juntos o aisladamente los siguientes paráme-

tros: *a*) hipertensión gestacional, *b*) proteinuria gestacional (proteínas en 24 horas mayores o iguales a 300 mg o persistencia de la proteinuria en tira reactiva por lo menos en dos ocasiones durante cuatro horas de diferencia), *c*) síndrome de fuga capilar: edema facial, ascitis, edema pulmonar o proteinuria gestacional. A su vez, pueden encontrarse, por lo menos, en cada uno de los parámetros anteriores: síntomas de preeclampsia, hemólisis, trombocitopenia (menos de 100,000/mm³), elevación de enzimas hepáticas (dos veces el límite superior normal de aspartato aminotransferasa o alanino aminotransferasa) o signos y síntomas de preeclampsia y eclampsia antes de la semana 20 de la gestación.⁵ El diagnóstico diferencial debe constar de nefritis lúpica, síndrome urémico-hemolítico, síndrome de anticuerpos antifosfolípido y púrpura trombocitopénica trombótica.¹⁰ En los casos de presentación atípica de preeclampsia acompañada de embarazo molar, el tratamiento deberá ser igual que el de una paciente con preeclampsia severa y su seguimiento deberá ser estrecho, posterior a la evacuación uterina con cuantificación de títulos séricos de gonadotropina coriónica fracción β , así como ultrasonido con doppler en caso de sospechar evolución a neoplasia trofoblástica gestacional, según su grado de riesgo. El tratamiento de estas pacientes debe ser multidisciplinario y su seguimiento estrecho para evitar mayor aumento en la morbilidad y mortalidad.^{1,5,7,8,10}

CASO CLÍNICO

Mujer de 23 años de edad, en su primer embarazo, con grupo y Rh: B negativo, sin antecedentes personales patológicos de importancia, con 16 semanas de gestación por fecha de la última menstruación y 14 semanas por ultrasonido. El padecimiento llevaba dos semanas de evolución con edema en las extremidades inferiores y, posteriormente, generalizado, y cuatro días previos a su ingreso con cefalea frontal y fotofobia. Acudió al departamento de admisión de Tococirugía debido a sangrado transvaginal y disparidad de la fetometría de dos semanas con respecto a la fecha de la última menstruación y ultrasonido del primer trimestre. A su ingreso, la tensión arterial fue de: 150/90, 160/100 mmHg, neurológicamente íntegra, con Glasgow de 15, hiperreflexia y anasarca, sin afectación cardiorrespiratoria, abdomen con útero gestante aumentado de tamaño para la edad gestacional (18 cm por encima de la sínfisis del púbis). Al tacto vaginal

se palpó que el cuello uterino estaba cerrado, posterior, semiblando, con sangrado transvaginal escaso y oscuro. El ultrasonido obstétrico reportó: feto único, vivo, con fetometría de 14 semanas, placenta grado 0, aumentada de volumen y de grosor (hiperplacentosis) con múltiples imágenes quísticas sugerentes de degeneración hidrópica, anexos con aumento de tamaño, con longitud de hasta 57 mm, en su interior con imágenes anecoicas compatibles con quistes tecaluteínicos (Figura 1 y 2). Labstix en orina con proteínas ++++. Se hospitalizó para su estudio como embarazo molar parcial y síndrome nefrótico. Los exámenes de laboratorio reportaron: Hb de 9.8 g/dL, plaquetas de 133,000/mm³; examen general de orina: pH de 6.0, proteínas ++++. Tiempos de coagulación y pruebas de función hepática sin alteraciones. Cuantificación de gonadotropina coriónica fracción β : mayor de 200,000 mUI/mL. Función renal conservada, con creatinina de 0.9 mg/dL y diuresis promedio de 0.8 mL/kg/h. La cuantificación de proteínas en orina de 24 h fue de 3,412.5 mg. El perfil tiroideo resultó sin alteraciones. El perfil reumático encontró: anticoagulante lúpico ausente, VSG de 6 mm/hora, factor reumatoide negativo, anticuerpos antinucleares y anti-DNA ausentes. Inmunoglobulinas: IgA, IgG e IgM, y complemento C3 y C4 dentro de límites normales. El ultrasonido renal con cambios fisiológicos propios del embarazo. Se decidió la terminación del embarazo debido al descontrol de la tensión arterial, a pesar del tratamiento con doble antihipertensivo (α -metildopa e hidralacina) a dosis máxima, y síndrome de vasoespasmo (cefalea y fotofobia). Se evacuó el útero por vía vaginal mediante dosis única de 800 μ g de misoprostol. A las cuatro horas expulsó un feto con placenta, se corroboró la existencia de vesículas en la placenta y de un feto aparentemente sin malformaciones (Figura 3 y 4). Se realizó un legrado uterino instrumental complementario, con anestesia general y posteriormente se trasladó a terapia intensiva para su vigilancia. La paciente tuvo mejoría clínica progresiva posterior a la evacuación uterina, con desaparición del síndrome de vasoespasmo y anasarca y de la necesidad de ajuste de antihipertensivos por tendencia a la normotensión. La cuantificación de proteínas en orina de 24 horas de control a las 72 h se redujo a 466.9 mg así como la cifra de hGC fracción β se redujo a 37,000 mUI/mL. El diagnóstico se corroboró por histopatología (Figura 5 y 6). Se dio de alta a la paciente a la consulta de Ginecología para su seguimiento estrecho.



Figura 1. Ultrasonido que reporta: A) Fetometría de 14 semanas de gestación y quiste teca-luteínico. B) Placenta marcadamente engrosada y heterogénea, propios de cambios hidrópicos.

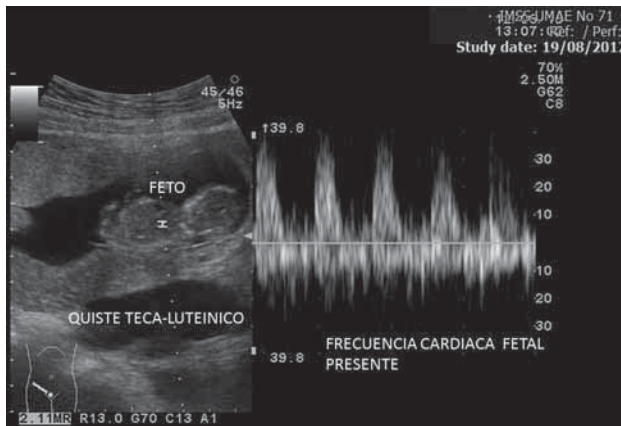


Figura 2. Ultrasonido que reporta feto de 14 semanas, con frecuencia cardíaca normal y quiste teca-luteínico.



Figura 3. Feto de 16 semanas de edad gestacional por fecha de la última menstruación, unido a proliferación de tejido gris rosado, congestivo, de aspecto esponjoso, donde se encuentran prominencias nodulares vesiculosas (flecha).



Figura 4. Aproximación de nódulos vesiculares. Se identifican de dimensiones variables, pared delgada, translúcida y contenido seroso claro (flechas)

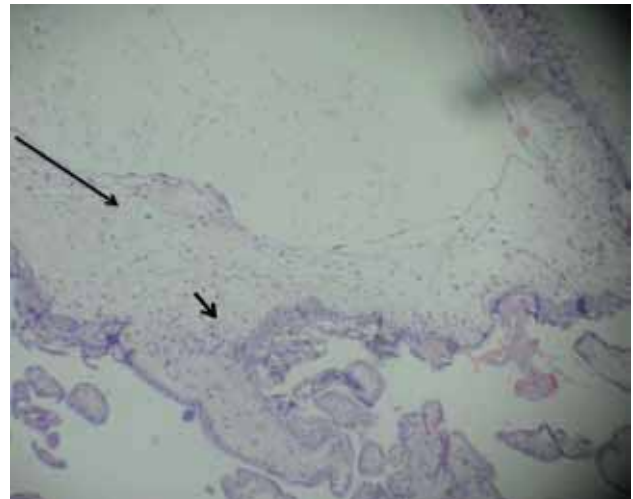


Figura 5. El corte muestra al trofoblasto con proliferación del sincitiotrofoblasto y del citotrofoblasto (flecha pequeña), se observa un anillo de mesodermo extraembrionario rodeando el espacio dilatado de la vesícula (flecha mayor).

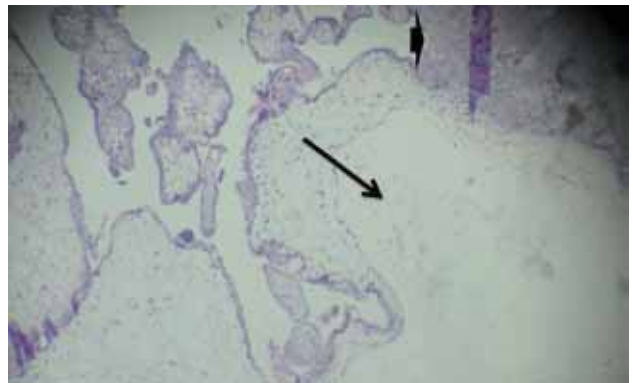


Figura 6. El corte muestra vellosidad corial en la que se aprecia centro avascular vacío (flecha), rodeado de un revestimiento de trofoblasto con marcada proliferación (cabeza de flecha).

DISCUSIÓN

El embarazo molar es una afección que a la fecha, en nuestro medio, sigue siendo común; sin embargo, el diagnóstico puede pasar inadvertido, sobre todo durante el primer trimestre, al confundirse con amenaza de aborto o aborto consumado.⁴

El diagnóstico mediante ultrasonido durante el primer trimestre es de gran utilidad para el buen seguimiento, porque en lugares donde no se mandan las muestras de patología puede omitirse este diagnóstico y, con ello, no poder dar un seguimiento óptimo, con la posibilidad de riesgo de evolución a una neoplasia trofoblástica gestacional o simplemente con elevación del riesgo de recurrencia en el próximo embarazo o, en su caso, persistencia. En nuestro caso clínico el ultrasonido jugó un papel muy importante para llegar al diagnóstico oportuno porque el ultrasonido del primer trimestre de nuestra paciente así como la fecha de la última menstruación no concordaban con la fetometría encontrada al momento de su estudio; con ello se demostró la repercusión en la curva de crecimiento fetal normal.^{2,4,6,7} La cuantificación de gonadotropina coriónica fracción β es necesaria ante la sospecha de enfermedad molar porque, dependiendo de los valores iniciales al momento del diagnóstico, puede valorarse si la paciente tiene riesgo de neoplasia trofoblástica gestacional.^{2,6,7}

En el embarazo molar parcial es más raro el aumento considerable de las concentraciones de hGC fracción β ; por tanto, puede concluirse que es menos probable que se acompañe de quistes tecaluteínicos y, por ende, menos repercusión sistémica; sin embargo, al igual que en nuestro caso clínico, puede haber excepciones.^{1,2,3,6,7}

El tratamiento del embarazo molar parcial y de la mola completa, depende del deseo subsecuente de paridad de la paciente. Se recomienda la aspiración manual endouterina (AMEU) en lugar de un legrado uterino instrumental porque este último se considera de mayor riesgo de perforación. El tratamiento de la mola parcial puede ser la histerectomía en bloque, con conservación de los anexos en caso de tener paridad satisfecha; de lo contrario se recomienda la evacuación con histerotomía, aspiración manual endouterina o legrado uterino instrumental.⁶

Ante una presentación atípica de preeclampsia antes de la vigésima semana de embarazo, es necesario realizar un estudio exhaustivo para descartar patologías que pudieran imitar preeclampsia y, de esta manera, dar el tratamiento óptimo a la paciente con la subsecuente disminución de la morbilidad y de la mortalidad materno fetal.^{5,10} El tratamiento de estas pacientes debe ser multidisciplinario con el fin de mejorar los resultados maternos y fetales.¹⁰

CONCLUSIÓN

Ante la sospecha de un embarazo molar parcial acompañado de presentación atípica de preeclampsia tiene que establecerse un diagnóstico diferencial lo más pronto posible, con el fin de iniciar el tratamiento temprano y, así, evitar complicaciones maternas. El tratamiento siempre tendrá que ser multidisciplinario, con seguimiento estrecho.

REFERENCIAS

1. Ribbeck G y col. Mola incompleta, eclampsia y síndrome de HELLP: Un caso clínico. *Rev Chil Ultrasonog* 2006;9:62-66.
2. Smith HO, Kohorn E, Cole LA. Choriocarcinoma and Gestational Trophoblastic Disease. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2005;32:661-684.
3. Morales-García V y col. Embarazo molar parcial: reporte de un caso y revisión de la bibliografía. *Ginecol Obstet Mex* 2011;79(7):432-435.
4. Romero-Gutierrez G y col. Embarazo molar no sospechado en abortos del primer trimestre. *Ginecol Obstet Mex* 2003;71:55-59.
5. Sibai BM, Stella CL. Diagnosis and management of atypical preeclampsia-eclampsia. *Am J Obstet Gynecol* 2009;200:481e1 - 481e7.
6. Soper JT, et al. Diagnosis and treatment of gestational trophoblastic disease: ACOG Practice Bulletin No.53. *Gynecologic Oncology* 2004;93:575-585.
7. Osborne R, Dodge J. Gestational Trophoblastic Neoplasia. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2012; 39:195-212.
8. Garavaglia E, et al. Ultrasound imaging alters evacuation as an adjunct to β -hCG monitoring in post hydatiform molar gestational trophoblastic neoplasia. *Am J Obstet Gynecol* 2009;200: 417.e1 - 417.e5.
9. Stany MP, Hamilton CA. Trastornos ováricos benignos. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2008;35: 271-284.
10. Sibai BM. Imitators of Severe Pre-eclampsia. *Semin Perinatol* 2009;33(3):196-205.