



## Diagnóstico de embarazo molar por histeroscopia

Rodrigo Ayala Yáñez,\* Carlos Briones Landa,\* Héctor Anaya Coeto,\* Lionel Leroy López\*

### RESUMEN

**Antecedentes:** la enfermedad trofoblástica gestacional es de alta incidencia en todo el mundo. Debe diagnosticarse de manera oportuna antes de cualquier procedimiento quirúrgico debido al riesgo de complicaciones secundarias de malignidad asociadas con la mola hidatidiforme. El diagnóstico temprano de embarazo molar puede ser difícil debido a sus manifestaciones atípicas y a la evidencia no concluyente del ultrasonido.

**Objetivo:** reportar la eficacia y precisión diagnósticas de la histeroscopia en una paciente con mola hidatidiforme.

**Caso clínico:** paciente femenina de 30 años de edad, con 5.6 semanas de gestación, dolor pélvico, sangrado uterino y elevadas concentraciones séricas de la fracción beta de gonadotropina coriónica humana ( $\beta$ -hCG). La ecografía sugería un hematoma o un saco gestacional. Se evaluó por histeroscopia para establecer el diagnóstico adecuado.

**Resultados:** la evaluación histeroscópica proporcionó imágenes diagnósticas que revelaron la degeneración hidrópica de las vellosidades coriales. La evaluación histopatológica confirmó el diagnóstico de mola hidatidiforme. Se extirpó la mola por curetaje y se determinaron las concentraciones de  $\beta$ -hCG.

**Conclusiones:** la histeroscopia es una herramienta útil en el protocolo diagnóstico en casos de embarazo molar temprano cuando la evidencia clínica y ecográfica no es concluyente.

**Palabras clave:** enfermedad trofoblástica gestacional, degeneración hidrópica, histeroscopia, fracción beta de gonadotropina coriónica humana.

### ABSTRACT

**Background:** Gestational trophoblastic disease has a high incidence worldwide. Proper pre-evacuation diagnosis must be performed due to the risk of malignant complications associated with hydatidiform moles. Diagnosis of early molar pregnancies might be elusive due to atypical clinical manifestations and inconclusive ultrasonographic findings.

**Objective:** Report on the efficiency and precision by hysteroscopy for the diagnosis of molar pregnancy in one particular case.

**Clinical case:** Thirty-year old woman, 5.6-week pregnant, suffering from pelvic pain, uterine bleeding and high concentrations of human chorionic gonadotropin beta fraction ( $\beta$ -hCG). Ultrasonography suggested inconclusively either a hematoma or a gestational sac so that further evaluation by hysteroscopy had to be performed in order to reach a proper diagnosis.

**Results:** Hysteroscopic evaluation provided conclusive diagnostic images of hydropic degeneration of the chorionic villi. Histopathological evaluation confirmed a molar pregnancy. The mole was removed by uterine curettage and  $\beta$ -hCG tests followed.

**Conclusions:** Hysteroscopy is a useful tool for diagnostic protocol in case of early atypical molar pregnancy.

**Keywords:** Gestational trophoblastic disease, hydropic degeneration, hysteroscopy, human chorionic gonadotropin beta fraction

### RÉSUMÉ

**Antécédents:** maladie trophoblastique gestationnelle a un dans le monde entier à forte incidence. Être diagnostiquée dans un temps opportun, avant toute intervention chirurgicale en raison du risque de complications secondaires de malignité associées à môle hydatiforme. Le diagnostic de grossesse molaire précoce peut être difficile en raison de ses manifestations atypiques et échographie des preuves concluantes.

**Objectif:** Rendre compte de l'efficacité du diagnostic et la précision de l'hystéroskopie chez un patient avec môle hydatiforme.

**Cas clinique:** Une patiente de 30 ans, avec 5,6 semaines de grossesse, des douleurs pelviennes, des saignements utérins et une élévation de la fraction bêta sérum de la gonadotrophine chorionique humaine (hCG  $\beta$ -). L'échographie a suggéré l'existence d'un hématome ou un sac gestationnel. Hystéroskopie a été évaluée pour établir le diagnostic.

**Résultats:** l'évaluation hystéroscopique fourni des images de diagnostic a révélé une dégénérescence hydropique des villosités choriales. L'évaluation histopathologie a confirmé le diagnostic de môle hydatiforme. La taupe a été éliminé par curetage et déterminé les concentrations de  $\beta$ -hCG.

**Conclusions:** L'hystéroskopie est un outil utile dans le protocole de diagnostic dans les cas de grossesse molaire début lorsqu'il existe des preuves cliniques et échographiques ne sont pas concluantes.

**Mots-clés:** maladie trophoblastique gestationnel, la dégénérescence montgolfière, l'hystéroskopie, la fraction bêta de la gonadotrophine chorionique humaine.

## RESUMO

**Antecedentes:** A doença trofoblástica gestacional tem um mundo de alta incidência. Ser diagnosticada em tempo hábil, antes de qualquer procedimento cirúrgico devido ao risco de complicações secundárias de malignidade associados com mola hidatiforme. O diagnóstico da gravidez molar precoce pode ser difícil por causa de suas manifestações atípicas e ultra-som provas inconclusivas.

**Objetivo:** relatar a eficiência de diagnóstico e acurácia da histeroscopia em um paciente com mola hidatiforme.

**Relato de caso:** Paciente do sexo feminino de 30 anos de idade, com 5,6 semanas de gravidez, dor pélvica, hemorragia uterina e fração beta elevação dos níveis séricos de gonadotrofina coriônica humana ( $\beta$ -hCG). O ultra-som sugeriu a existência de um hematoma ou saco gestacional. A histeroscopia foi avaliada para estabelecer o diagnóstico.

**Resultados:** avaliação histeroscópica fornecidas imagens de diagnóstico revelou degeneração hidrópica de vilo corial. A avaliação histopatológica confirmou o diagnóstico de mola hidatiforme. O mole foi removido por curetagem e determinadas as concentrações de  $\beta$ -hCG.

**Conclusões:** A histeroscopia é uma ferramenta útil no protocolo de diagnóstico em casos de gravidez molar iniciais, quando a evidência clínica e ultra-sonografia é inconclusiva.

**Palavras-chave:** doença trofoblástica gestacional, balonização, histeroscopia, fração beta da gonadotrofina coriônica humana.

**L**a enfermedad trofoblástica gestacional es un grupo de padecimientos caracterizados por la proliferación de células sincitiales y de Langhans, degeneración hidrópica de las vellosidades coriónicas y mayor producción de  $\beta$ -hCG. Puede ser maligna o benigna, haber o no embrión. Se han identificado cuatro variantes: mola hidatidiforme, mola invasora, coriocarcinoma y tumor trofoblástico de la placenta.<sup>1</sup>

En la actualidad, el diagnóstico se basa en la determinación sérica de  $\beta$ -hCG, la evaluación radiográfica de una placa anteroposterior, telerradiografía de tórax, la valoración clínica y la evaluación ultrasonográfica.<sup>2</sup> Éstas parecen ser insuficientes para el diagnóstico certero en gestaciones tempranas. El diagnóstico temprano es decisivo en estos casos debido a su alto riesgo de malignización.<sup>1</sup>

Se reporta el caso de una paciente con mola hidatidiforme en el que la histeroscopia fue fuente de eficiencia y precisión diagnósticas.

## Reporte del caso

Paciente femenina de 30 años de edad, con antecedentes de cuatro abortos y diagnóstico de embarazo de 5.6 semanas de gestación. Se desconocen los detalles de los abortos previos, los estudios genéticos y antecedentes familiares. A su llegada tuvo sangrado transvaginal y dolor pélvico. En el examen clínico sus signos vitales eran normales, tenía leve dolor a la palpación abdominal; en la especuloscopia se confirmó hemorragia transcervical no activa. Los resultados de los estudios de laboratorio (biometría hemática, química sanguínea y concentraciones de progesterona) fueron normales, excepto una cuantificación de  $\beta$ -hCG de 40,824 mUI/mL. El sonograma reveló lo que podría ser un saco gestacional con hematoma perisacular o un engrosamiento endometrial. Se requirió correlación clínica. El sonograma no proporcionó datos definitivos que confirmaran mola hidatidiforme, aunque la estimación de  $\beta$ -hCG lo sugería.

El diagnóstico definitivo se estableció gracias al examen histeroscópico que ubicó el aparente saco gestacional, eclipsado por un hematoma que surgía del mismo y llenaba el espacio entre la pared anterior y el fondo uterino rodeado de superficie endometrial plana (Figuras 1-3). Se introdujo el histeroscopio dentro del saco gestacional (previa confirmación ultrasonográfica de ausencia de embrión en el interior) y se identificaron degeneraciones hidrópicas e imágenes inequívocas de mola hidatidiforme. El diagnóstico se confirmó posteriormente con el estudio histopatológico (Figuras 4 y 5).

Luego de establecer el diagnóstico se procedió a la dilatación y curetaje de la cavidad uterina. La evacuación se confirmó por histeroscopia (Figuras 6 y 7). La paciente

\* Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. México, DF.

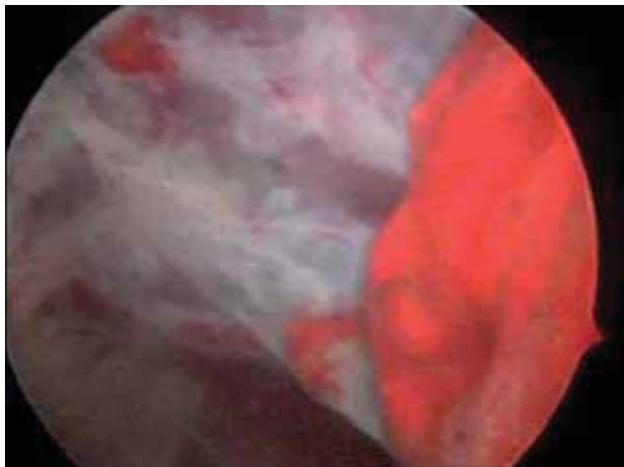
Correspondencia: Dr. Rodrigo Ayala Yáñez. Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Montes Urales 800, colonia Lomas de Chapultepec. México 11000, DF. Correo electrónico: rayalaabc@gmail.com

Recibido: 18 de abril 2012. Aceptado: 12 de julio 2012.

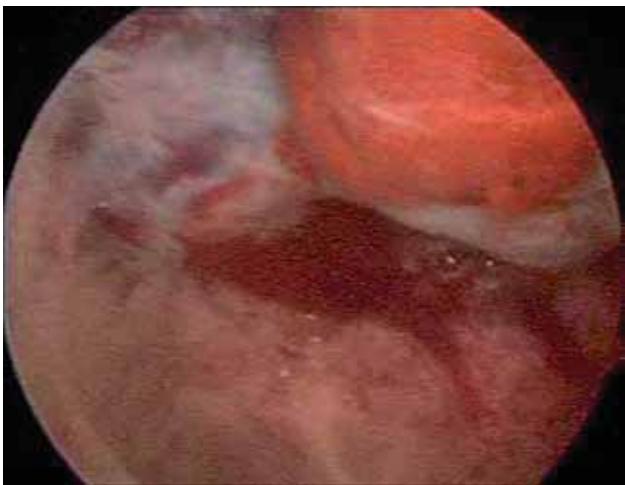
Este artículo debe citarse como: Ayala-Yáñez R, Briones-Landa C, Anaya-Coeto H, Leroy-López L. Diagnóstico de embarazo molar por histeroscopia. Ginecol Obstet Mex 2012;80(8):540-544.



**Figura 1.** Saco gestacional implantado en el fondo uterino sin desarrollo adecuado y eclipsado por un hematoma con diámetro mayor al del saco gestacional. Las paredes uterinas planas facilitan la identificación del saco gestacional.



**Figura 3.** El examen histeroscópico y la ultrasonografía no revelaron embrión en el saco gestacional. Posteriormente se selecciona un sitio de entrada para evaluar el contenido del saco gestacional.



**Figura 2.** El acercamiento revela el borde del hematoma que surge del saco gestacional. Se identifica sangrado activo en el límite inferior entre el saco gestacional y el hematoma.

fue dada de alta con base en las determinaciones de  $\beta$ -hCG periódicas con resultado negativo.

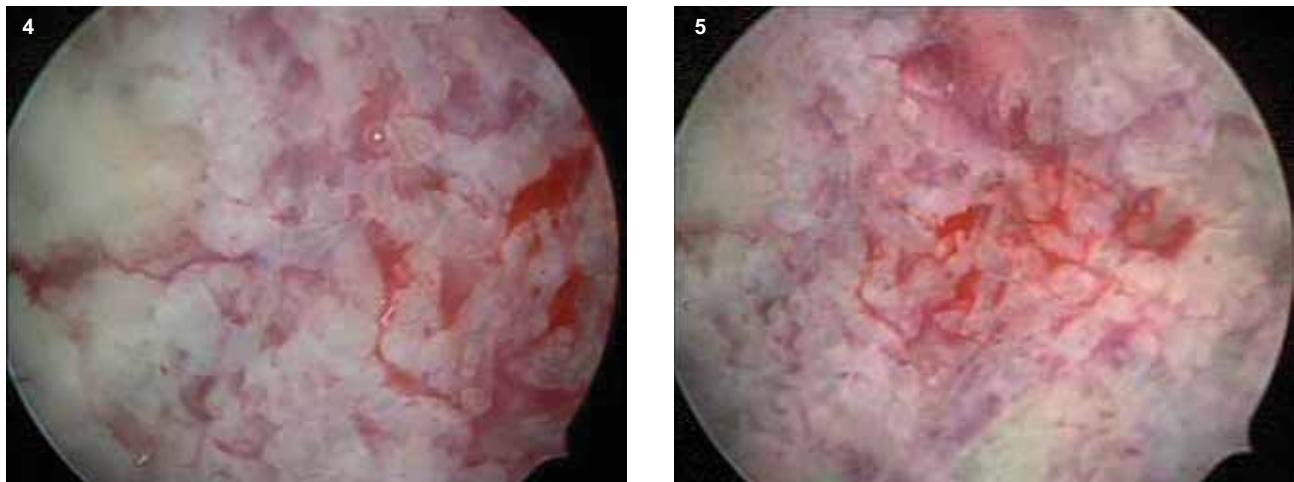
## DISCUSIÓN

La enfermedad trofoblástica gestacional tiene una incidencia global variable. En Estados Unidos se reporta una incidencia de 121 casos por cada 100,000 embarazos; en América Latina, Brasil reporta 465 casos por cada 100,000 embarazos y México 240 por cada 100,000.<sup>3,4</sup>

Entre los factores de riesgo asociados con el embarazo molar relacionados con nuestra paciente están: la edad reproductiva y el antecedente de abortos previos (riesgo aumentado por 1%).<sup>5,6</sup> El diagnóstico oportuno en estos casos es decisivo para proceder con el tratamiento adecuado y prevenir una enfermedad trofoblástica gestacional persistente maligna, que ocurre incluso en 15% de los casos con embarazo molar completo y en 0.5% en casos de molas incompletas.<sup>7</sup>

Los resultados clínicos de nuestro caso incluyen: sangrado transvaginal (incidencia de 89 a 97%) y dolor pélvico en una paciente con embarazo en el primer trimestre. De acuerdo con la bibliografía acerca del tema, la alta frecuencia de hemorragia en esta edad gestacional disminuye el valor diagnóstico clínico de ese dato.<sup>8</sup> Además, la mayor parte de los embarazos molares se diagnostica en la segunda mitad del embarazo, en particular cuando se identifica un fondo uterino demasiado grande para la edad gestacional, hemorragia transvaginal y expulsión de vesículas.<sup>9</sup> En cuanto a las determinaciones séricas de  $\beta$ -hCG, sólo 41% de las pacientes con este diagnóstico llegan a tener más de 100,000 mUI/mL.<sup>10</sup>

La evidencia ultrasonográfica no es concluyente en gestaciones tempranas, en particular en caso de enfermedad trofoblástica gestacional. La tasa de detección, aun en manos de ultrasonografistas experimentados, llega a ser tan baja como 34%. Los factores que afectan las observaciones son, principalmente, la edad gestacional y la existencia o



**Figura 4 y 5.** Se identifican degeneraciones hidrólicas en el interior del saco gestacional, evidencia de enfermedad trofoblástica gestacional.



**Figura 6 y 7.** Las imágenes ultrasonográficas muestran adecuadamente el cuerpo uterino y sus dimensiones. No hay evidencia de embrión o saco gestacional en la cavidad, pero se observa un engrosamiento endometrial irregular hacia el fondo uterino.

ausencia del embrión.<sup>8,11</sup> En el primer trimestre de un embarazo el sonograma transvaginal tiene sensibilidad de 44% y especificidad de 74%. Alcanza valor predictivo positivo de 74% y valor predictivo total de 88%. Sólo 10% de los embarazos tempranos se detecta antes de la séptima semana de gestación,<sup>12</sup> lo que complica el diagnóstico definitivo de embarazo molar en fases tempranas de la gestación.<sup>9,11</sup>

La mayor parte de los casos de embarazo molar se diagnostican como falsos negativos e incluso 70% pueden pasar inadvertidos.<sup>2</sup> Una evidencia que puede ayudar a un diagnóstico oportuno es la detección de quistes tecaluteínicos de ovario de entre 5 a 20 cm de diámetro, visibles de manera bilateral y con contenido fluido teñido.<sup>13</sup> Nuestra paciente tuvo un reporte de sonograma anormal con sensibilidad de 20% y valor predictivo positivo de 22%.<sup>14</sup>

En la primera mitad del embarazo, en 67% de los casos diagnosticados se confirma enfermedad trofoblástica gestacional mediante histopatología. El diagnóstico más común previo a un legrado es el de aborto incompleto.<sup>11</sup> Por ello, son útiles otras pruebas diagnósticas en fases tempranas del embarazo, en especial cuando no hay signos o síntomas característicos y el ultrasonido no aporta un diagnóstico definitivo.<sup>8,9</sup>

La paciente de este caso tenía menos de siete semanas de gestación, la determinación de  $\beta$ -hCG era inespecífica y los datos ultrasonográficos no concluyentes. La paciente había tenido cuatro abortos previos; los detalles pudieron haber aportado datos valiosos para su tratamiento actual, pero no se conocieron. Para comprobar el embarazo molar, se necesitó una histeroscopia diagnóstica complementar el

protocolo diagnóstico y confirmar la evacuación completa de la cavidad. Se tomó una biopsia histeroscópica dirigida y realizó un estudio histopatológico, que es el patrón de referencia en el diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional.<sup>2</sup>

La sospecha clínica previa a la evacuación uterina es extremadamente importante para la identificación histopatológica porque puede diferirse ante la ausencia de hiperplasia trofoblástica y edema de vellosidades.<sup>15</sup> Se recomienda examinar cuidadosamente todo tejido sospechoso porque algunas partes de la mola quizás no se detecten al inicio.<sup>14</sup> De acuerdo con el protocolo del *American College of Obstetricians and Gynecologists*,<sup>2</sup> ante hiperplasia trofoblástica con altas concentraciones de  $\beta$ -hCG debe hacerse un seguimiento con determinaciones cuantitativas de hormonas, cuyas sensibilidad y especificidad se acercan a 100%.<sup>7</sup>

En la bibliografía no se reporta evidencia de que la histeroscopia genere metástasis endometrial maligna o disemine las células trofoblásticas.<sup>16, 17</sup>

Suzuki y colaboradores<sup>18</sup> recomiendan a la histeroscopia como herramienta diagnóstica complementaria en casos de embarazo molar. Hace poco, en un caso aislado de una mujer de 51 años de edad con sangrado uterino anormal de diez días de evolución, posterior a amenorrea de diez meses, se diagnosticó mola hidatidiforme por histeroscopia porque la evaluación ultrasonográfica no fue concluyente.<sup>19</sup> Éste es uno de los pocos reportes acerca de la utilización de la histeroscopia para diagnóstico exitoso de un embarazo molar.

## CONCLUSIONES

La histeroscopia se recomienda como técnica complementaria diagnóstica en pacientes con embarazo en fases tempranas (menos de 7.5 semanas de gestación) con un cuadro diagnóstico atípico de enfermedad trofoblástica gestacional. La histeroscopia facilita la identificación del problema y permite tratar en el mismo tiempo quirúrgico (sobre todo en caso de una mola parcial no detectada por ultrasonografía). Esta técnica no sustituye a la evaluación histopatológica como patrón de referencia en el diagnóstico definitivo de la enfermedad trofoblástica gestacional.

## REFERENCIAS

1. De Anrade JM. Hydatidiform mole and gestational trophoblastic disease. Rev Bras Ginecol Obstet 2009;31:94-101. PMID:19407915.
2. ACOG Practice Bulletin No. 53. Diagnosis and treatment of gestational trophoblastic disease. Obstet Gynecol 2004;103:1365-1377.
3. Altieri A, Franceschi S, Ferlay J, Smith J, La Vecchia C. Epidemiology and aetiology of gestational trophoblastic diseases. Lancet Oncol 2003;4:670-678.
4. Suárez Rincón AE, Santana Torres RM, Pantoja Torres CO, Pérez Ávila CE, Vázquez Martínez H. Incidencia de enfermedad trofoblástica gestacional detectada por el estudio histopatológico rutinario de los especímenes obtenidos de abortos. Ginecol Obstet Mex 2008;76:81-87.
5. Garner EI, Goldstein DP, Feltmate CM, Berkowitz RS. Gestational trophoblastic disease. Clin Obstet Gynecol 2007;1:112-122.
6. Acaia B, Parazzini F, La Vecchia C, Ricciardiello O, Fedele L, Battista Candiani G. Increased frequency of complete hydatidiform mole in women with repeated abortion. Gynecol Oncol 1988;31:310-314.
7. Sebire NJ, Seckl MJ. Gestation trophoblastic disease: current management of hydatidiform mole. BMJ 2008;337:a1193. doi:10.1136/bmj.a1193.
8. Gemer O, Segal S, Kopmar A, Sassoon E. The current clinical presentation of complete molar pregnancy. Arch Gynecol Obstet 2000;264:33-34.
9. Sebire NJ, Rees H, Paradinas F, Seckl M, Newlands E. The diagnostic implications of routine ultrasound examination in histologically confirmed early molar pregnancies. Ultrasound Obstet Gynecol 2001;18:662-665.
10. Berkowitz RS, Goldstein DP. Current management of gestational trophoblastic diseases. Gynecologic Oncology 2009;112:654-662.
11. Fowler DJ, Lindsay I, Seckl MJ, Sebire NJ. Routine pre-evacuation ultrasound diagnosis of hydatidiform mole: experience of more than 1000 cases from a regional referral center. Ultrasound Obstet Gynecol 2006;27:56-60.
12. Alhamdan D, Bignaridi T, Condous G. Recognizing gestational trophoblastic disease. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2009;23:565-573.
13. Oróstegui S, Arenas YA, Galindo LM. Enfermedad trofoblástica gestacional. MedUNAB 2008;11:140-148.
14. Kirk E, Papageorghiou AT, Condous G, Bottomley C, Bourne T. The accuracy of first trimester ultrasound in the diagnosis of hydatidiform mole. Ultrasound Obstet Gynecol 2007;29(1):70-75.
15. Paradinas FJ. The histological diagnosis of hydatidiform moles. Curr Diagn Pathol 1994;1:24-31.
16. Goycoolea JP, Rojas I. Histeroscopia diagnóstica: rendimiento en el estudio de la metrorragia e inocuidad ante un eventual cáncer de endometrio, revisión de la literatura. Rev Chil Obstet Ginecol 2007;72(3):190-196.
17. Bain C, Parkin DE, Cooper KG. Is outpatient diagnostic hysteroscopy more useful than endometrial biopsy alone for the investigation of abnormal uterine bleeding in unselected premenopausal women? A randomized comparison. BJOG 2002;109:805-811.
18. Suzuki A, Kawaguchi K, Konishi I, Ida K, Fuji S, Matsuura S. Role of hysteroscopy in diagnosis and management of trophoblastic disease. Nippon Sanka Fujinka Gakkai Zasshi 1984;36:255-260.
19. Di Spiezio Sardo A, Bettocchi S, Coppola C, Greco E, Camporiale AL, Granata M, Nappi C. Hysteroscopic identification of hydatidiform mole. J Minim Invasive Gynecol 2009;16:408-409.