

Gestational Trophoblastic Disease: A Case Report

Enfermedad Trofoblástica Gestacional: Reporte de un Caso

Doença trofoblástica gestacional: relato de caso

Paulina Flores-Naranjo^{1*} 

¹Carrera de Medicina, Facultad de Salud Pública, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo
Riobamba 060155, Ecuador

*Corresponding author: E-mail: fpaulina941@gmail.com

Received: 15 March 2022; Accepted: 10 May 2022; Published: 22 May 2022

Abstract

The gestational trophoblastic disease is caused by the highly abnormal development of placental trophoblastic tissue, consisting of benign and malignant disorders. The hydatidiform mole has the highest incidence. In its development, several factors intervene, among which age, previous molar pregnancy, and habits influence a significant percentage. The hydatidiform mole constitutes excessive trophoblastic proliferation in addition to abnormal embryonic development, being complete or partial and differentiated genetically by its diploid and triploid karyotype, respectively. The present study aimed to present the presentation of gestational trophoblastic disease and the importance of its detection, treatment, and follow-up to prevent possible complications. The diagnosis is based on a multifactorial approach that constitutes clinical features, quantitative determination of beta human chorionic gonadotropin, and abdominal or transvaginal ultrasound. It is confirmed through anatopathological and immunohistochemical study, cytogenetic techniques, and DNA analysis, which has allowed the identification and differentiation of complete and partial molar pregnancy. Treatment is based on spiral curettage after mechanical cervical dilatation and under ultrasound guidance; in patients with good parity, hysterectomy is the best option. Surveillance and follow-up are crucial to avoid gestational trophoblastic neoplasia after a molar pregnancy.

Keywords: Gestational trophoblastic disease, Placental trophoblastic tissue, Hydatidiform mole, Human chorionic beta gonadotropin.

Resumen

La enfermedad trofoblástica gestacional se da por un desarrollo altamente anormal del tejido trofoblástico placentario, constituido por trastornos benignos y malignos. La mola hidatiforme es la de mayor incidencia, en su desarrollo intervienen varios factores dentro de los cuales la edad, embarazo molar previo y los hábitos influyen en un gran porcentaje. La mola hidatiforme constituye la proliferación trofoblástica excesiva además del desarrollo embrionario anormal, siendo completa o parcial diferenciándose genéticamente por su cariotipo diploide y triploide respectivamente. El objetivo del presente estudio fue dar a conocer la presentación de la enfermedad trofoblástica gestacional y la importancia de su detección, tratamiento y seguimiento, para prevenir posibles complicaciones. El diagnóstico se basa en un enfoque multifactorial que constituye las características clínicas, la determinación cuantitativa de beta gonadotropina coriónica humana, ecografía abdominal o transvaginal. Se llega a confirmar a través del estudio anatopatológico e inmunohistoquímica, técnicas citogenéticas y el análisis de ADN, que ha permitido identificar y diferenciar el embarazo molar completo y parcial. El tratamiento se basa en el legrado espirativo previa dilatación cervical mecánica y bajo guía ecográfica, en pacientes con paridad satisfecha la histerectomía es la mejor opción. Es muy importante la vigilancia



Copyright © Authors. This is an open access article distributed under the [Creative Commons Attribution License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

y el seguimiento para evitar que se llegue a un neoplasia trofoblástica gestacional después de un embarazo molar.

Palabras claves: *Enfermedad trofoblástica gestacional, Tejido trofoblástico placentario, Mola hidatiforme, Beta gonadotropina coriônica humana.*

Resumo

A doença trofoblástica gestacional é um desenvolvimento altamente anormal do tecido trofoblástico placentário, consistindo em desordens benignas e malignas. A molécula hidatidiforme tem a maior incidência, e seu desenvolvimento é influenciado por vários fatores, entre os quais a idade, a gravidez molar anterior e os hábitos desempenham um papel importante. A toupeira hidatidiforme constitui uma proliferação trofoblástica excessiva, além do desenvolvimento embrionário anormal, sendo completa ou parcial e diferenciada geneticamente por seu cariótipo diplóide e triplóide, respectivamente. O objetivo do presente estudo foi aumentar a conscientização da apresentação da doença trofoblástica gestacional e da importância de sua detecção, tratamento e acompanhamento, a fim de evitar possíveis complicações. O diagnóstico é baseado em uma abordagem multifatorial que consiste em características clínicas, determinação quantitativa da gonadotropina coriônica beta-humana, ultrassom abdominal ou transvaginal. É confirmado através de estudo anatomo-patológico e imunohistoquímico, técnicas citogenéticas e análise de DNA, o que permitiu identificar e diferenciar a gravidez molar completa e parcial. O tratamento é baseado na curetagem espiral após dilatação cervical mecânica sob orientação de ultra-som, e a histerectomia é a melhor opção em pacientes com paridade satisfatória. A vigilância e o acompanhamento são muito importantes para evitar a neoplasia trofoblástica gestacional após uma gravidez molar.

Palavras-chave: *Doença trofoblástica gestacional, tecido trofoblástico placentário, toupeira Hydatidiform, gonadotropina coriônica humana Beta.*

1. Introducción

La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG), se entiende como la hiperproliferación de células trofoblásticas; este proceso resulta de la mutación del genoma paterno, que en ocasiones puede contribuir la parte materna; esta enfermedad incluye la mola hidatiforme completa, la mola parcial e invasiva y los tumores trofoblásticos gestacionales o epiteloides, coriocarcinoma y tumores del lecho placentario [1]. Los embarazos molares pueden desarrollar niveles elevados de hormona gonadotropina coriônica humana (hCG) después de su evacuación, con una posibilidad de progresión al coriocarcinoma [2].

El embarazo molar es más común en algunas partes de Asia, con tasas de incidencia reportadas de hasta uno a dos pacientes por 1000 embarazos, mientras que en Europa y América del Norte, llega a ser inferior a 1 por 1000 embarazos. La incidencia del coriocarcinoma no se puede estimar ya que es raro. Las tasas de prevalencia tanto de la mola hidatiforme como del coriocarcinoma ha disminuido en los últimos 30 años, posiblemente se encuentre en relación con el adelanto de la economía y una mejor dieta, así como una disminución en las cifras de natalidad [2]. La mola hidatiforme se relaciona con la gametogénesis o fertilización anormal, tiene mayor peligro de padecer mola hidatiforme completa pacientes mayores de 35 años y menores de 21 años, y 7.5 veces mayor para las mujeres mayores de 40 años [3]. El riesgo de que nuevamente aparezca en mujeres que hayan presentado un embarazo molar es de aproximadamente el 1% [4], [5].

Los embarazos molares se caracterizan por diferentes grados de proliferación trofoblástica y además de edema vesicular de la placenta asociado o no con la presencia del embrión. Se han descrito dos síndromes de mola hidatiforme que comprende la completa y parcial. En la mola hidatiforme completa se da un acrecentamiento de las vellosidades en desaparición de feto o de embrión, el trofoblasto se encuentra hiperplásico con varios grados de atipia y vellosidades y los capilares se encuentran ausentes, alrededor del 90% son 46XX y se originan de la duplicación de los cromosomas de un espermatocito haploide poco tiempo detrás de la fertilización. Mientras que la mola hidatiforme parcial muestran vellosidades coriónicas con edema focal, acompañado de tejido fetal o embrionario que presenta cariotipo triploide 69XXY por la fecundación de un óvulo por dos espermatocitos, la misma es menos frecuente [5].

Se presenta un caso de paciente femenino de 42 años de edad, con edad gestacional de 12.4 semanas que ingresa por presentar sangrado vaginal, al examen físico se evidencia altura de fondo uterino de 17cm que tras estudio ecográfico se demuestra la presencia de masa heterogénea central con espacios anecóicos, que corresponden a vellosidades coriónicas hidrópicas por lo cual se realiza histerectomía total evidenciando la presencia de mola hidatiforme completa que se confirma a través de estudio histopatológico y se realiza el seguimiento por la consulta externa por medio de exámenes de laboratorio e imagen [6].

Este trabajo se encuentra dividido por capítulos, en el primero consta de la introducción, donde se enfocan los conceptos básicos de la Enfermedad trofoblástica gestacional, el segundo capítulo son los procedimientos metodológicos que se siguieron, aquí se define las diversas estrategias utilizadas en el estudio, con un orden específico, detallando la clínica, diagnóstico, tratamiento y los procedimientos realizados en la paciente. Previo a lo cual se tuvo una entrevista con la paciente indicando el estudio que se va a realizar la misma que aceptó.

2. Procedimientos metodológicos

Se toman los datos desde el ingreso del paciente, hasta el alta definitiva indicando la evolución, tratamiento dependiendo del tipo de sintomatología presentada, se toman los datos más significativos diariamente. De la evolución diaria se saca los datos relevantes que se hace constar en el informe caso clínico en estudio. Conforme a la sintomatología se solicitan exámenes correspondientes y se detalla, la conducta a seguir y su seguimiento por consulta externa.

Se buscó un paciente con sintomatología de aparición brusca, para efectuar un listado de signos y síntomas con un diagnóstico diferencial que nos llevó a un diagnóstico definitivo. Para obtener los resultados y conclusiones.

2.1. Anamnesis y motivo de consulta

Paciente de 42 años, sexo femenino, mestiza, viuda, católica, instrucción básica superior, ocupación costurera, nacida en Penipe y residente en Riobamba. El motivo fue un sangrado vaginal.

2.2. Enfermedad actual

Paciente refiere que hace 12 horas como fecha aparente y 9 horas como fecha real de forma súbita y sin causa, presenta sangrado vaginal en moderada cantidad de color rojo oscuro acompañado de dolor abdominal tipo cólico localizado en hipogastrio con irradiación dorsolumbar de leve intensidad, que se ha ido incrementando con el tiempo, hasta el momento que asiste a emergencia del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

2.3. Antecedentes patológicos personales

Como antecedentes clínicos se tuvo hipertensión arterial hace tres años en tratamiento con losartán 50mg vía oral cada día. No tiene alergias y no refiere antecedentes quirúrgicos. Tampoco posee antecedentes traumátologicos.

2.4. Antecedentes patológicos familiares

Abuela materna fallecida con hipertensión arterial.

2.5. Antecedentes gineco-obstétricos

- Gestas: 4
- Partos: 4
- Abortos: 0
- Cesáreas: 0
- Hijos vivos: 4
- Menarquia: 12 años.
- Ciclos Menstruales: Irregulares cada 45 días aproximadamente.
- Características físicas de la menstruación: color rojo oscuro sin coágulos
- Número de parejas sexuales: 2
- Fecha de última menstruación: 5/11/2018
- GESTA ACTUAL
- Edad gestacional: 12.4 semanas
- Edad probable de parto: 12/08/2019
- Controles: 1
- Ecografías: 0

2.6. Hábitos fisiológicos

- Alimentario: 3 a 4 veces al día.
- Miccional: 4 veces al día.
- Defecatorio: 2 vez al día.
- Sueño: 7- 8 horas diarias.
- Alcohol, tabaco y drogas: No refiere.

2.7. Historia social

Paciente vive en casa arrendada de cemento, la cual consta de 2 dormitorios, cocina, baño y todos los servicios básicos.

2.8. Revisión del estado actual de aparato y sistemas

2.8.1. Constitucional

- Variaciones de peso: pertinente negativo.
- Anorexia: pertinente negativo.
- Astenia: pertinente negativo.
- Fiebre: pertinente negativo.
- Irritabilidad: pertinente negativo refiere.

2.8.2. Piel

- Antecedentes de lesiones cutáneas: pertinente negativo.
- Contusiones: pertinente negativo.
- Trastornos hemorrágicos: pertinente negativo.

2.8.3. Cabeza

- Cefalea: pertinente negativo
- Pérdida de conocimiento: pertinente negativo.
- Traumatismos: pertinente negativo.

2.8.4. Ojos

- Visión: pertinente negativo.
- Fotofobia: pertinente negativo.
- Diplopía: pertinente negativo.
- Escotomas: pertinente negativo.

2.8.5. Oídos

- Audición: pertinente negativo.
- Vértigo: pertinente negativo.
- Tinnitus: pertinente negativo.

2.8.6. Respiratorio superior

- Problemas de Senos paranasales: pertinente negativo.
- Epistaxis: pertinente negativo.
- Obstrucción: pertinente negativo.

2.8.7. Respiratorio inferior

- Tos: pertinente negativo.
- Disnea: pertinente negativo.
- Estertores: pertinente negativo.
- Hemoptisis: pertinente negativo.

2.8.8. Linfático

- Aumento de tamaño de nódulos: pertinente negativo.

2.8.9. Cardiovascular

- Dolor torácico: pertinente negativo.
- Palpitaciones: pertinente negativo.
- Edema: pertinente negativo.

2.8.10. Gastrointestinal

- Dolor Abdominal: pertinente positivo, dolor de moderada intensidad en hipogastrio.
- Disfagia: pertinente negativo.
- Odinofagia: pertinente negativo.
- Vómitos: pertinente negativo.
- Hematemesis: pertinente negativo.

2.8.11. Genitourinario

- Poliuria: pertinente negativo.
- Disuria: pertinente negativo.
- Hematuria: pertinente negativo.
- Sangrado vaginal: pertinente positivo, en moderada cantidad color rojo oscuro.

2.8.12. Articulaciones musculo-esqueléticas

- Dolor: pertinente negativo.

2.9. Examen físico

2.9.1. Signos vitales

- Tensión arterial: 128/70mmhg.
- Temperatura axilar: 36.8 °C.
- Pulso: 90 pulsaciones por minuto.
- Frecuencia cardiaca: 90 latidos por minuto.
- Frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto.
- Saturación de oxígeno: 96 % al aire ambiente.

2.9.2. Medidas antropométricas

- Peso: 60 Kg
- Talla: 147cm.
- IMC: 27,7 Kg/m².

2.9.3. Estado general

Piel y anexos:

- Piel: rosada, caliente, elasticidad conservada, no se evidencia lesiones, higiene regular.
- Pelo: Cabello de cantidad y distribución de acuerdo al sexo.
- Uñas: Llenado capilar < 2 segundos.
- Cabeza: A la inspección se observa normocefálica, simétrica, no se evidencia lesiones en cuero cabelludo.
- Ojos: Conjuntivas rosadas y húmedas, pupilas isocóricas, normoreactivas a la luz y acomodación.
- Nariz: Fosas nasales sin lesiones evidentes, tabique nasal sin desviaciones, senos paranasales y nasales no dolorosos a la digito presión.
- Oídos: Pabellones auriculares de implantación normal, forma y tamaño normal, sin signos de lesiones. Conductos auditivos externos permeables, sin signos de lesión, perforación, inflamación y cicatrización.
- Boca: Mucosas orales rosadas, húmedas y brillantes. Encías húmedas y rosadas. Lengua rosada, húmeda, movilidad conservada y no se evidencia lesiones.
- Cuello: Cuello simétrico, movilidad conservada, no se palpa adenopatías.

Campos pulmonares:

- Inspección: Simétrico, expansibilidad conservada.
- Palpación: Expansibilidad pulmonar y frémito conservada.
- Percusión: claridad pulmonar conservada.
- Auscultación: Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.

Corazón:

- Inspección: Ápex no visible
- Palpación: Ápex no palpable.
- Auscultación: R1-R2 rítmicos no soplos.

Abdomen:

- Abdomen globoso, fondo uterino discordante respecto a amenorrea (aparenta mayor edad gestacional), altura de fondo uterino de 17cm, doloroso a la palpación superficial y profunda a nivel de hipogastrio de moderada intensidad, bordes bien definidos, móvil, blando, actividad uterina ausente, no se ausulta frecuencia cardiaca fetal.

Región Inguino-genital:

- Tacto vaginal: Útero en anteverosflexión aumentado de tamaño, cérvix posterior orificio cervical externo entreabierta, de consistencia blanda, fondo de saco de Douglas libre, se evidencia sangrado rojo rutilante en moderada cantidad.

Extremidades superiores e inferiores:

- Extremidades simétricas, de longitud normal, tono y fuerza conservada, pulsos distales presentes y conservados, llenado capilar menor a 2 segundos.

Sistema neurológico:

- Consciente, escala de Glasgow puntuación de 15/15, estado lucido. Pares craneales sin alteración, fuerza muscular 5/5 y resistencia activa.

2.9.4. Impresión diagnóstica

- Embarazo de 12.4 semanas por fecha de ultima menstruación.
- Amenaza de aborto.
- Hipertensión arterial crónica.
- Madreañosa.
- Embarazo de alto riesgo obstétrico.
- Sobre peso.

3. Hallazgos

3.1. Evolución del paciente en hospitalización

Día del ingreso

NOTA DE INGRESO: Paciente de 42 años, gestas 4, partos 4, abortos 0, cesáreas 0, hijos vivos 4, que ingresa al servicio de ginecología y obstetricia por presentar sangrado vaginal de 12 horas de evolución en moderada cantidad de color rojo oscuro acompañado de dolor abdominal tipo cólico localizado en hipogastrio de leve intensidad, al examen físico el abdomen se encuentra globoso, altura de fondo uterino de 17cm, doloroso a la palpación superficial y profunda a nivel de hipogastrio de moderada intensidad, actividad uterina ausente, no se ausculta frecuencia cardíaca fetal; al tacto vaginal: el cérvix se encuentra posterior orificio cervical externo entreabierto, blando, se evidencia sangrado rojo rutilante en moderada cantidad y fondo de saco de Douglas libre. Con presunción diagnóstica de embarazo de 12.4 semanas por fecha de ultima menstruación y amenaza de aborto. Se inicia tratamiento a base de dieta blanda más líquidos medidas generales, valoración de score mama según puntuación, analgesia (paracetamol 1 gramo vía oral por razones necesarias), antihipertensivo (nifedipina 30mg vía oral cada día), calcio 500mg vía oral cada 8 horas, ácido acetilsalicílico 100mg vía oral cada día y vitaminas prenatales. Se indica además exámenes de laboratorio (biometría hemática, química sanguínea, TP, TTP, plaquetas, VIH, VDRL, tipificación sanguínea, elemental y microscópico de orina), exámenes de imagen (Ecografía obstétrica) y valoración por cardiología.

Día 2 de hospitalización

Paciente con signos vitales dentro de parámetros normales, SCORE MAMA 0 puntos; refiere dolor abdominal tipo cólico de leve intensidad localizado en hipogastrio, al examen físico abdomen globoso doloroso a la palpación a nivel de hipogastrio de leve intensidad con irradiación hacia región lumbar, actividad uterina ausente y no se ausculta frecuencia cardíaca fetal. A nivel de región genital no se evidencia sangrado vaginal se continua con indicaciones médicas. Se recibe exámenes de laboratorio que se encuentra dentro de parámetros normales. Además se realiza rastreo ecográfico transvaginal en el cual se evidencia útero en anteverosflexión con presencia de formaciones vesiculares en el endometrio, con dimensiones de 8,57 x 8,64mm; a descartar enfermedad trofoblástica gestacional. Se recomienda realizar BHCG cuantitativa y nueva ecografía. En la Tabla 1 se presentan los resultados de sus exámenes de sangre.

Día 3 de hospitalización

Paciente con signos vitales dentro de parámetros normales SCORE MAMA 0 puntos; al momento se encuentra con evolución estacionaria presentando dolor abdominal tipo cólico de leve intensidad localizado en hipogastrio, al examen físico abdomen globoso con altura uterina de 17cm, doloroso a la palpación a nivel de hipogastrio de leve intensidad, actividad uterina ausente y no se ausculta frecuencia cardíaca fetal; a nivel de región genital no se evidencia sangrado vaginal.

Se recibe resultados de exámenes de laboratorio realizados que indican β -hCG >200.000 mUI/ml. Se realiza ecografía transvaginal: El estudio demuestra útero de contornos regulares notablemente incrementado de tamaño, mide 12x7.9x10cm, con volumen de 549cc, miometrio de textura homogénea sin imágenes de nódulos y masas. La cavidad endometrial muestra masa heterogénea central con espacios anecóicos, que corresponden a vellosidades coriónicas hidrópicas (patrón en tormenta de nieve). Embrión y líquido amniótico ausente. Ovario izquierdo de localización anatómica y tamaño normal, muestra contornos regulares, bien definidos, tiene un volumen de 6,1cc. Ovario derecho no se logra visualizar por interposición de masas intestinales y tamaño del útero. Espacio de Douglas libre. Cérvix de tamaño y morfología habitual. Conclusión: Hallazgos compatibles con enfermedad trofoblástica gestacional.

Se continúa con las mismas indicaciones médicas, además se solicita exámenes de laboratorio BHCG cuantitativa, TGO, TGP, bilirrubina total, indirecta y directa, LDH, fosfatasa alcalina, inmunología, radiografía estándar de Tórax y la realización de electrocardiograma además de valoración por cardiología para programación de intervención quirúrgica.

Tabla 1: Resultados de los exámenes de sangre.

Parámetro	Valor	Unidad
Biometría hemática		
Glóbulos Blancos	6.90	$10^3/\mu\text{L}$
Neutrófilos %	67.7	%
Glóbulos Rojos	4.29	$10^6/\mu\text{L}$
Hemoglobina	14.2	g/dL
Hematocrito	40.5	%
Contaje de Plaquetas	231	$10^3/\mu\text{L}$
Grupo sanguíneo		
Grupo	A	
Factor	RH positivo	
Perfil de coagulación		
TTP	24.80	Seg
TP	12.7	Seg
TP%	76.40	%
INR	1.14	
Química sanguínea		
Glucosa	78.3	mg/dL
Creatinina	0.66	mg/dL
Ácido úrico en suero	3.10	mg/dL
Bun	7.4	mg/dL
Serología		
VIH	No reactiva	
Sífilis prueba rápida	Negativa	
Elemental y microscópico de orina		
Ph	6.0	
Proteínas	Negativo	
Nitritos	Negativo	
Bacterias	+	
Gota fresca gram	Bacilos gram negativos 1-2 xc	

Día 4 de hospitalización

Paciente con signos vitales dentro de parámetros normales SCORE MAMA 0 puntos, al momento asintomática, se recibe exámenes de laboratorio que indica BHCG cuantitativa que se mantiene >200.000 resto de exámenes dentro de parámetros normales. Se realiza electrocardiograma que indica ritmo sinusal normal.

Radiografía estándar de Tórax: Partes blandas y estructuras óseas visibles sin alteraciones evidentes, campos pulmonares libres de infiltrados sin signos evidentes de lesión pleuropulmonar activa, ángulos costo y cardiofrénicos libres, silueta cardiaca de tamaño normal, tronco de la pulmonar y botón aórtico de calibre normal.

La paciente es valorada por cardiología que indica riesgo cardiológico GOLDMAN II/IV. Con dichos resultados se programa resolución quirúrgica, histerectomía abdominal total por ser una paciente de 42 años más paridad satisfecha con diagnóstico de mola hidatiforme.

Se indica protocolo prequirúrgico: Dieta blanda más líquidos hasta las 22 horas luego NPO, medidas generales, SCORE MAMA según puntuación, preparar campo operatorio, marcar sitio quirúrgico, colocar sonda vesical antes de bajar a quirófano, colocar vendaje en miembros inferiores, asepsia vaginal y enema evacuatorio a las 22 horas, canalizar vía intravenosa a las 6 am, solución salina 0.9% intravenoso pasar a 42 gotas minuto, cefazolina 2 gramos intravenoso antes de procedimiento, enoxaparina 40mg subcutáneo antes del procedimiento, pasar parte operatorio comunicar a anestesiología, comunicar a jefe de servicio, firmar autorizaciones, indicaciones de cardiología.

Día 5 de hospitalización

Paciente con SCORE MAMA de 0 puntos. Se administra protocolo y baja a centro quirúrgico.

NOTA POSTQUIRÚRGICA: Bajo anestesia general se realiza histerectomía total mas salpingiectomía total bilateral por mola hidatiforme completa, además se observa trompas uterinas con quiste de Morgagni con sangrado aproximado de 80 mililitros, no hay complicaciones en procedimiento quirúrgico. Se indica nada por vía oral, medidas generales, control de signos vitales y sangrado cada 15 minutos por 2 horas y después cada 6 horas, mantener sonda vesical y retirar al siguiente día, mantener vendaje de miembros inferiores hasta deambulación de paciente, hidratación (dextrosa en solución salina 1000ml más 10ml electrosol potasio pasar 2500ml intravenoso a 35 gotas por minuto), cefazolina 1 gramo intravenoso cada 6 horas, ketorolaco 30 mg intravenoso cada 6 horas, paracetamol 1 gramo intravenoso cada 6 horas, histopatológico de útero y trompas uterinas.

Día 6 de hospitalización

Paciente postquirúrgico inmediato, hemodinámicamente estable, en buen estado general con evolución favorable refiere leve dolor a nivel de herida quirúrgica que cede con analgesia, se decide su alta al día 7 de

hospitalización con antibioticoterapia (cefalexina 500mg vía oral cada 6 horas por 5 días), analgesia (ibuprofeno 400 mg vía oral cada 8 horas por 3 días), y valoración por consulta externa en 15 días con resultado de BHCG cuantitativa e histopatológico. Con diagnósticos de Enfermedad trofoblástica gestacional e Hipertensión Arterial.

3.2. Seguimiento por consulta externa

Se realiza controles por consulta externa con evolución favorable

Diecinueve días después se realiza control post-cirugía. El paciente acude a control por consulta externa con histerectomía abdominal hace 3 semanas al momento asintomático, en buenas condiciones generales con reporte de β hCG de 365 mUI/ml. Resultado de Histopatológico indica lo descrito en la Tabla 2.

Tabla 2: Resultados de los exámenes de sangre.

Servicio	Ginecología
Diagnóstico clínico	Mola Hidatiforme
Operación practicada	Histerectomía + Salpingectomía
Origen y naturaleza de la muestra	Útero y trompas
Se recibe útero con trompas uterinas bilaterales, pesa 500 gr, el cuerpo uterino mide 10 x 9,5 x 8 cm, está cubierto por serosa parda, lisa. El cuello mide 3,5 cm de diámetro a nivel de su base, está cubierto por mucosa exocervical blanquecina, lisa, en canal endocervical es permeable, se comunica con la cavidad uterina central dilatada que mide 8 x 7 cm, ocupada por el tejido de aspecto vesicular membranoso y coágulos hemáticos, en conjunto hacen un volumen de 50 cc . A los cortes sucesivos, el espesor del endometrio es de 0,8 cm, y del miometrio de hasta 2 cm, de aspecto fibromuscular.	
La trompa uterina derecha mide 8 x 0,7 cm, está cubierta por serosa gris, lisa, con un quiste de contenido líquido, claro que mide 0,8 cm de diámetro, localizado a nivel de las fimbrias.	
La trompa uterina izquierda mide 5 x 0,8 cm, está cubierta por serosa gris, lisa, con un quiste de contenido claro, que mide 1,4 cm de diámetro, localizado a nivel de las fimbrias. Se procesa partes representativas:	
A) Cervix	1 cassetta.
B) Endo/miometrio	1 cassetta.
C) Tejido vesicular	1 cassetta.
D) Trompa uterina derecha	1 cassetta.
E) Trompa uterina izquierda	1 cassetta.
Diagnóstico	
Cervix	Cervicitis aguda
Endometrio	Mola Hidatiforme completa
Trompas uterinas	Quistes simples paratubáricos bilaterales

Un mes posterior el paciente acude a control no refiere sintomatología al examen físico herida quirúrgica infraumbilical sin signos de infección. Resultado de exámenes de laboratorio indican β hCG 115 mUI/ml. se programa controles mensuales para evaluar evolución, los mismos que indican que cifras de β hCG han disminuido llegando a un valor de < 1.01 mUI/ml en su último control. En la Tabla 3 se describen los resultados del laboratorio clínico y en la Tabla 4 se muestran los valores de referencia de BHCG durante la gestación. La Tabla 5 presenta el listado de signos y síntomas.

Tabla 3: Resultados del laboratorio clínico.

BHCG	Valor
03/02/2019	> 200.000 mUI/ml
22/02/2019	365 mUI/ml
25/03/2019	115 mUI/ml
22/04/2019	42 mUI/ml
15/05/2019	20 mUI/ml
18/06/2019	< 1.01 mUI/ml

Tabla 4: Valores de referencia de BHCG en el embarazo.

Sistema de gestación	Valor
1 - 2 Semanas	16-156
2 - 3 Semanas	101- 4870
3 - 4 Semanas	1110- 31500
4 - 5 Semanas	2560-82300
5 - 6 Semanas	23100-151000
6 - 7 Semanas	27300-233000
7-11 Semanas	20900-291000
11 -16 Semanas	6140-103000
16 - 21 Semanas	4720-80100
21 -39 Semanas	2700-78100

Tabla 5: Listado de signos y síntomas.

Signo	Síntoma
Sangrado vaginal	Dolor abdominal

Altura uterina mayor a la edad gestacional	-
--	---

3.3. Diagnóstico diferencial por signos y síntomas

Al identificar signos y síntomas en cuanto a las hemorragias de la primera mitad del embarazo se ha identificado que enfermedad trofoblástica gestacional presenta sangrado vaginal profuso, dolor abdominal, cuello uterino abierto y tamaño uterino mayor a la edad gestacional por lo que se descarta el resto de patologías. La Tabla 6 lo muestra de mejor manera.

Tabla 6: Diagnóstico diferencial por síntomas y signos.

Patología	Amenaza de aborto	Aborto completo	Aborto incompleto	Aborto inevitable	Embarazo ectópico	Enfermedad trofoblástica gestacional
Sangrado vaginal profuso			x	x		x
Dolor abdominal	x	x	x	x	x	x
Cuello uterino abierto			x	x	x	x
Tamaño uterino mayor a la edad gestacional						x
Total	1	1	3	3	2	4

3.4. Diagnóstico diferencial de mola hidatiforme

Esto se muestra en la Tabla 7.

Tabla 7: Diagnóstico diferencial de mola hidatiforme.

Mola hidatiforme	Completa	Parcial
Ausencia de tejido fetal	x	
Ausencia de amnios, eritrocitos fetales	x	
Edema vellos difuso	x	
Proliferación trofoblástica	x	x
Quiste de la teca luteínica	x	
Total	5	1

3.5. Diagnóstico definitivo

La paciente tiene mola hidatiforme completa, hipertensión arterial crónica y cervicitis aguda quística.

4. Discusión

Mola Hidatiforme es el tipo más común de ETG, que se determina por la degeneración hidrópica, desaparición de vascularización en las vellosidades coriales, edema del estroma vellositario y por la proliferación del epitelio trofoblástico [7]. Teniendo mola hidatiforme completa y parcial siendo la más común mola hidatiforme completa, que está relacionada con la gametogénesis y la fertilización anormal, no tiene feto o embrión y es de origen paterno [7], [8].

En la mola completa la imagen típica de "copos de nieve" o "panal de abejas" se manifiesta por la cavidad ocupada por ecos disminuidos en amplitud, que corresponden al tejido trofoblástico proliferado [9]. Dentro de los estudios de laboratorio la determinación cuantitativa de la subunidad beta de hCG con valores elevados [10], el estudios histopatológicos tiene una apariencia típica de una masa voluminosa de estructuras de vellosidad coriónica anormales se lo utiliza como el método confirmatorio [11].

El legrado aspirativo previa dilatación cervical mecánica y bajo guía ecográfica es el método de preferencia. Pero en este caso la histerectomía con preservación anexial puede ser una opción en pacientes que presenten deseo genésico cumplido ya que presenta un mínimo riesgo de secuelas malignas posterior a la evacuación en comparación con lo que es el legrado aspirativo [12]. El seguimiento inmediatamente de la evacuación uterina de la mola hidatiforme se lleva a cabo mediante la medición de la hCG sérica por exámenes semanales hasta tres niveles normales consecutivos y luego exámenes mensuales durante seis meses [13]. Un nivel de hCG normal se considera menor de 5 UI/L [13].

Al ser una patología poco común y con pocos estudios en el Ecuador, se tomó el presente caso clínico para su estudio y seguimiento. Considerando la clínica de la paciente y los factores de riesgo fue hospitalizada en el servicio de ginecología y obstetricia en donde se realizó estudios de laboratorio e imagen dando una presunción diagnóstica de enfermedad trofoblástica gestacional, misma que fue intervenida quirúrgicamente por la edad de 42 años y la paridad satisfecha; por lo cual se procedió a la histerectomía total con el estudio histopatológico para confirmar el diagnóstico. El seguimiento por consulta externa fue de mucha importancia evidenciando una evolución favorable con valores de β -hCG a los 5 meses de < 1.01mUI/ml y sin evidencia de progresión a la malignidad.

5. Conclusión

Dentro de la enfermedad trofoblástica gestacional la mola hidatiforme es el tipo más común ya que se origina la degeneración hidrópica de la placenta con desaparición de vascularización en las vellosidades coriales, además del edema del estroma vellositario. El diagnóstico es multidisciplinario usando la ecografía en la cual se evidencia la imagen de la cavidad con ecos de baja amplitud que corresponden al tejido trofoblástico proliferado, además se utiliza la determinación cuantitativa de beta gonadotropina coriónica humana observando valores elevados, la patología se confirma por el estudios histopatológicos La histerectomía con preservación anexial puede ser una opción en pacientes que presenten deseo genésico cumplido ya que presenta un menor peligro de secuelas malignas postmola comparada con lo que es el legrado aspirativo. El seguimiento detrás de la evacuación uterina de la mola hidatiforme se dio mediante la medición de la hCG sérica por exámenes semanales hasta tres niveles normales consecutivos y luego exámenes mensuales durante 6 meses y cada 2 meses por 1 año.

Financiamiento

Esta investigación ha sido financiada en su totalidad por el autor.

Declaración de la Junta de Revisión Institucional

No aplica.

Declaración de Consentimiento Informado

Este consentimiento ha sido firmado por el participante y el autor de esta investigación.

Conflictos de Interés

El autor declara no tener un conflicto de interés.

Referencias

- [1] J. Brown, R. W. Naumann, M. J. Seckl, y J. Schink, "15 years of progress in gestational trophoblastic disease: Scoring, standardization, and salvage", *Gynecol. Oncol.*, vol. 144, núm. 1, pp. 200–207, ene. 2017, doi: [10.1016/j.ygyno.2016.08.330](https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2016.08.330).
- [2] H. Y. S. Ngan *et al.*, "Update on the diagnosis and management of gestational trophoblastic disease", *Int. J. Gynecol. Obstet.*, vol. 143, pp. 79–85, oct. 2018, doi: [10.1002/ijgo.12615](https://doi.org/10.1002/ijgo.12615).
- [3] S. Bruce y J. Sorosky, *Gestational Trophoblastic Disease*. StatPearls Publishing, 2017.
- [4] Y. K. Eysbouts *et al.*, "Dutch Risk Classification and FIGO 2000 for Gestational Trophoblastic Neoplasia Compared", *Int. J. Gynecol. Cancer*, vol. 26, núm. 9, pp. 1712–1716, nov. 2016, doi: [10.1097/IGC.00000000000000812](https://doi.org/10.1097/IGC.00000000000000812).
- [5] A. M. Shaaban *et al.*, "Gestational trophoblastic disease: Clinical and imaging features", *Radiographics*, vol. 37, núm. 2, pp. 681–700, 2017, doi: [10.1148/rg.2017160140](https://doi.org/10.1148/rg.2017160140).
- [6] I. Kalogiannidis, K. Kalinderi, M. Kalinderis, D. Miliaras, B. Tarlatzis, y A. Athanasiadis, "Recurrent complete hydatidiform mole: where we are, is there a safe gestational horizon? Opinion and mini-review", *J. Assist. Reprod. Genet.*, vol. 35, núm. 6, pp. 967–973, may 2018, doi: [10.1007/s10815-018-1202-9](https://doi.org/10.1007/s10815-018-1202-9).
- [7] L. C. Bermúdez, Y. A. Llanes, M. G. Herrera, M. P. C. Cabrera, A. F. Casanova, y G. P. Rivera, "Mola hidatiforme parcial del segundo trimestre", *Rev. Cuba. Obstet. y Ginecol.*, vol. 44, núm. 2, pp. 1–12, oct. 2018.
- [8] Y. Çekmez, E. T. Haberal, İ. Ulu, y S. Gülsen, "Re: Hormonal contraceptive use before hCG remission does not increase the risk of gestational trophoblastic neoplasia following a complete hydatidiform mole: a historical database review", *BJOG An Int. J. Obstet. Gynaecol.*, vol. 123, núm. 10, p. 1706, sep. 2016, doi: [10.1111/1471-0528.14078](https://doi.org/10.1111/1471-0528.14078).
- [9] Y. Zhao, G. W. Xiong, X. W. Zhang, y B. Hang, "Is Ki-67 of diagnostic value in distinguishing between

partial and complete hydatidiform moles? A systematic review and meta-analysis”, *Anticancer Res.*, vol. 38, núm. 2, pp. 1105–1110, 2018, doi: [10.21873/anticanres.12329](https://doi.org/10.21873/anticanres.12329).

- [10] R. V. Martínez Camilo, “Mola invasiva”, *Rev. Cuba. Obstet. y Ginecol.*, vol. 42, núm. 3, pp. 366–371, sep. 2016.
- [11] N. Al Riyami, M. Al Riyami, A. T. Al Hajri, S. Al Saidi, B. Salman, y M. Al Kalbani, “Gestational trophoblastic disease at sultan qaboos university hospital: Prevalence, risk factors, histological features, sonographic findings, and outcomes”, *Oman Med. J.*, vol. 34, núm. 3, pp. 200–204, may 2019, doi: [10.5001/omj.2019.39](https://doi.org/10.5001/omj.2019.39).
- [12] F. Ning, H. Hou, A. N. Morse, y G. E. Lash, “Understanding and management of gestational trophoblastic disease”, *F1000Research*, vol. 8, 2019, doi: [10.12688/f1000research.14953.1](https://doi.org/10.12688/f1000research.14953.1).
- [13] A. Braga *et al.*, “Does a human chorionic gonadotropin level of over 20,000 IU/L four weeks after uterine evacuation for complete hydatidiform mole constitute an indication for chemotherapy for gestational trophoblastic neoplasia?”, *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, vol. 223, pp. 50–55, abr. 2018, doi: [10.1016/j.ejogrb.2018.02.001](https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.02.001).