Caso clínico
Ginecol Obstet Mex 2023; 91 (5): 377-381.

https://doi.org/10.24245/gom.v91i5.8077

Mola hidatiforme completa en mujer premenopáusica. Caso clínico

Complete hydatidiform mole in a perimenopausal woman. Clinical case.

Maira Fernanda Hernández-Albino,[1] Guillermo Padrón-Arredondo[2]

Resumen

ANTECEDENTES: La mola hidatiforme se divide en completa y parcial. La primera se origina en la fecundación de un óvulo anucleado por dos espermatozoides con carga genética independiente y la manifestación clínica predominante son las hemorragias. El tamaño uterino suele ser mayor al normal, con síntomas subjetivos del embarazo. La importancia de este tipo de tumoración es su carácter premaligno que puede evolucionar hasta convertirse en una neoplasia trofoblástica, de tal manera que en la mola completa se transformará en neoplasia.

CASO CLÍNICO: Paciente de 43 años que acudió a consulta debido a la caída de su plano de sustentación 3 días antes, con dolor pélvico en el hipogastrio, tipo cólico de intensidad moderada, sin sangrado transvaginal. Refirió estar embarazada, sin recordar la fecha de la última menstruación; sin control prenatal ni ultrasonido previo. A la exploración física el abdomen se encontró globoso, a expensas de útero hipertrófico de 16 x 12 x 10 cm, concentraciones de HGCß mayores de 150,000 mUI/mL. El ultrasonido endovaginal y pélvico reportaron: útero en anteversoflexión, central, aumentado de tamaño por imagen ecográfica en copos de nieve. Diagnóstico: mola hidatiforme. Se indicó la histerectomía abdominal, con hallazgos de útero aumentado de tamaño a expensas de mola completa y anexos sin alteraciones.

CONCLUSIÓN: El diagnóstico de la paciente fue fortuito, advertido en el ultrasonido. La conducta terapéutica establecida para este tipo de casos en pacientes mayores con paridad satisfecha permitió que la evolución fuera satisfactoria y continuar en seguimiento.

PALABRAS CLAVE: Embarazo molar; enfermedad trofoblástica gestacional; mola hidatiforme.

Abstract

BACKGROUND: Hydatidiform mole is divided into complete and partial. The former originates from fertilization of an anucleate ovum by two spermatozoa with independent genetic load and the predominant clinical manifestation is hemorrhage. The uterine size is usually larger than normal, with subjective symptoms of pregnancy. The importance of this type of tumor is its premalignant character that can evolve into a trophoblastic neoplasm, so that in the complete mole it will transform into a neoplasm.

CLINICAL CASE: 43-year-old patient who came for consultation due to the fall of her support plane 3 days earlier, with pelvic pain in the hypogastrium, cramping of moderate intensity, without transvaginal bleeding. She reported being pregnant, without remembering the date of her last menstrual period; no prenatal check-up or previous ultrasound. On physical examination the abdomen was found to be globose, at the expense of a hypertrophic uterus measuring 16 x 12 x 10 cm, HGCß concentrations greater than 150,000 mIU/mL. Endovaginal and pelvic ultrasound reported: anteverted, central, enlarged uterus with snowflake-shaped ultrasound image. Diagnosis: hydatidiform mole. Abdominal hysterectomy was indicated, with findings of an enlarged uterus at the expense of complete mole and unaltered adnexa.

[1] Residente de primer año de Gineco-obstetricia.
[2] Cirujano general.
Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital General de Playa del Carmen, Solidaridad, Quintana Roo, México.

ORCID
0000-0001-6049-5672

Recibido: agosto 2022

Aceptado: septiembre 2022

Correspondencia
Guillermo Padrón Arredondo
gpadronarredondo@hotmail.com

Este artículo debe citarse como: Hernández-Albino MF, Padrón-Arredondo G. Mola hidatiforme completa en mujer premenopáusica. Caso clínico. Ginecol Obstet Mex 2023; 91 (5): 377-381.

CONCLUSION: The patient's diagnosis was fortuitous, noticed on ultrasound. The therapeutic approach established for this type of case in older patients with satisfactory parity allowed for a satisfactory evolution and continued follow-up.

KEYWORDS: Molar pregnancy; Gestational trophoblastic disease; Hydatidiform mole.

ANTECEDENTES

La mola hidatiforme se divide en completa y parcial, la primera se origina en la fecundación de un óvulo anucleado por dos espermatozoides con carga genética independiente. También puede originarse por la fecundación con un espermatozoide que sufre una división después de la penetración. El patrón cromosómico puede ser 46XX o 46XY.

La mola hidatiforme parcial es la degeneración hidrópica que se limita a un área determinada de la placenta. En esta forma clínica puede existir feto, quizá viable, aunque casi siempre con anormalidades cromosómicas. La manifestación clínica predominante son las hemorragias, de ahí su parecido con un aborto espontáneo.

Los síntomas pueden ser: hemorragia irregular y de intensidad variable. El tamaño del útero suele ser mayor al normal con síntomas subjetivos del embarazo. Puede aparecer toxemia en el primer trimestre, con síntomas de preeclampsia en fase temprana.[1]

La importancia de este tipo de tumoración es su carácter premaligno, que puede crecer hasta convertirse en una neoplasia trofoblástica, de tal manera que en la mola completa se transformará en neoplasia en 15 al 20% de los casos, mientras que la mola incompleta solo alcanza menos del 5%. Los dos tipos de mola se vigilan mediante la cuantificación de las concentraciones séricas de hGC y el cuadro clínico con hemorragias y síntomas de embarazo persistentes.[2]

CASO CLÍNICO

Paciente de 43 años, menarquia a los 13 años, ritmo regular 30 x 8 eumenorreicos. Inicio de la vida sexual activa a los 18 años, sin ningún método de planificación familiar. *Antecedentes ginecoobstétricos:* 6 embarazos y 5 partos. Acudió a consulta debido a la caída de su plano de sustentación 3 días antes, con dolor pélvico en el hipogastrio, tipo cólico de intensidad moderada, sin sangrado transvaginal. Refirió estar embarazada, sin recordar la fecha de la última menstruación; sin control prenatal ni ultrasonido previo. A la exploración física el abdomen se palpó blando, depresible y globoso a expensas de útero hipertrófico de 16 x 12 x 10 cm, sin datos de irritación peritoneal. Al tacto vaginal el cuello del útero se encontró: grueso, largo posterior y sin sangrado transvaginal. Los estudios de laboratorio reportaron: biometría hemática normal; PFH normales; QS normal; VDRL negativo; hormona gonadotrofina coriónica fracción beta (GCH-ß) mayor de 150,000 mUI/mL. EGO negativo y perfil tiroideo normal. El ultrasonido de hígado y vías biliares sin alteraciones. El ultrasonido endovaginal y pélvico reportó: útero en anteversoflexión, central, aumentado de tamaño por imagen ecográfica en copos de nieve (**Figura 1**); ambos ovarios normales. Los datos previos orientaban a un caso de mola hidatiforme. La paciente se hospitalizó para histerectomía

https://doi.org/10.24245/gom.v91i5.8077

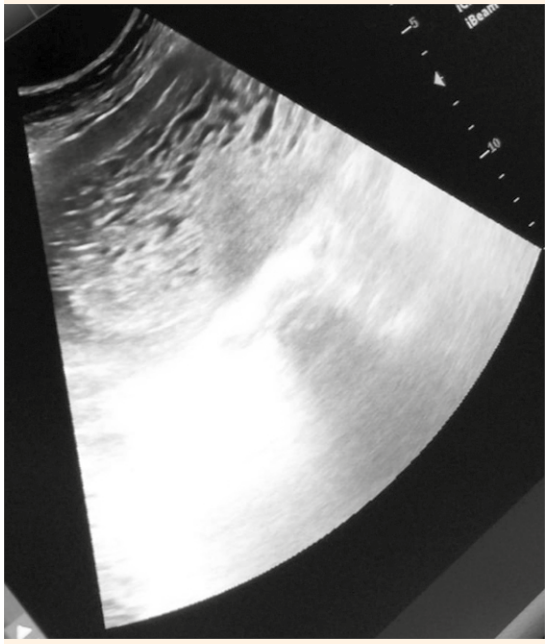


Figura 1. Imagen mediante rastreo ultrasonográfico en copo de nieve.

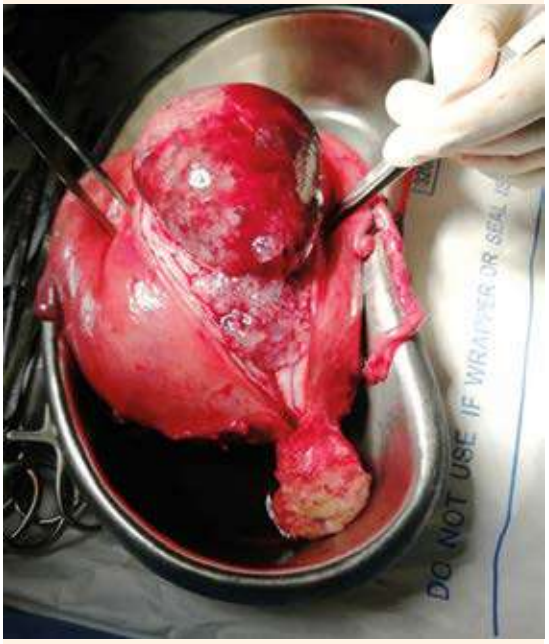


Figura 2. Disección uterina poshisterectomía.

abdominal total. En ese procedimiento se encontraron: útero aumentado de tamaño a expensas de mola completa y los anexos sin alteraciones. **Figuras 2 y 3**

DISCUSIÓN

La mola hidatiforme puede aparecer a cualquier edad reproductiva, o incluso en la peri o posmenopausia. Mekni K y su grupo[3] reportaron un caso de mola hidatiforme en una paciente de 28 años, quien a las siete semanas de amenorrea experimentó dolor abdominal; la exploración ginecológica no advirtió anormalidades; sin embargo, en el ultrasonido se observó frecuencia cardiaca fetal normal y alrededor del saco, varios sacos (*lacunae*) sin líquido. Esto fue lo que dio pie a sospechar el diagnóstico. La hGC se reportó en 37,920 UI; es decir, diagnóstico de mola hidatiforme parcial. Se le indicó tratamien-

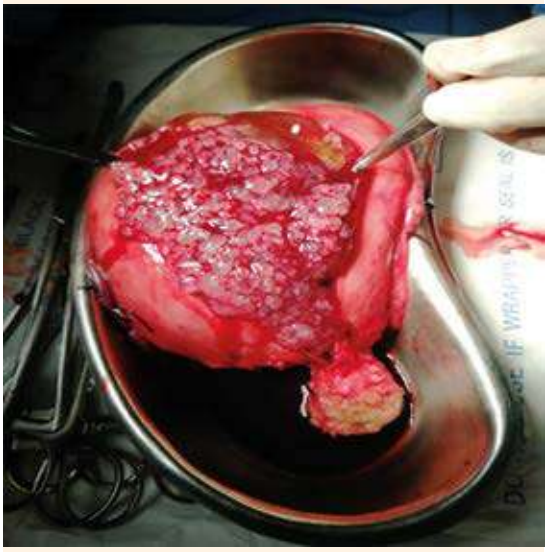


Figura 3. Exposición de tejido molar con vesículas hidrópicas.

to anticonceptivo y vigilancia de la hGCβ hasta alcanzar los valores normales.

Fatusic J y colaboradores[4] informaron un caso de mola hidatiforme en una mujer de 57 años, multípara, con dos años trascurridos de su último periodo menstrual y sangrado uterino prolongado y moderado e hiperplasia endometrial. Durante el curetaje expulsó, espontáneamente, una masa tumoral de tipo molar, concentraciones de hGCβ de 193,057 mlU/mL. Se trató con histerectomía total y ovariectomía bilateral y se dio de alta del hospital a los ocho días de su ingreso, en buenas condiciones de salud.

Ismail y coautores[5] reportaron otro caso en una paciente de 55 años, hospitalizada por hemorragia vaginal severa de 10 días de evolución, acompañada de dolor abdominal, diarrea y vómitos. Se decidió la histerectomía total con salpingooforectomía bilateral, con reporte histopatológico de mola invasiva con metástasis pulmonar detectada en la tomografía torácica. Se trató con quimioterapia coadyuvante, aunque el desenlace final no fue bueno.

Dai YX y su grupo[6] publicaron un estudio efectuado en 20 pacientes con mola hidatiforme asociada con metástasis pulmonares bilaterales y unilaterales. Este grupo concluyó, con base en su experiencia, que ninguna intervención, aparte de la evacuación inicial, ni opción de quimioterapia son recomendables cuando las pacientes evolucionan satisfactoriamente. Las concentraciones de la hGCβ disminuyen de manera satisfactoria y los ganglios pulmonares se hacen más pequeños en cantidad y tamaño o, bien, desaparecen. Simplemente recomiendan la vigilancia a largo plazo.

El potencial de malignidad de estos tumores es elevado. McNally L y colaboradores[7] reportaron una serie de nueve casos en donde cinco tenían mola completa asociada con un feto, dos nacidos vivos y concentraciones de hGCβ de 200,000 IU/L en todos los casos; ninguna de las pacientes resultó con neoplasia gestacional trofoblástica. Los síntomas maternos, las anomalías fetales, las concentraciones de la hGCβ y el patrón de crecimiento de la placenta ayudan a diferenciar entre mola hidatiforme completa, feto coexistente y displasia mesenquimatosa placentaria.

En la rareza de esta degeneración la asociación de mola y feto vivo es frecuente. Chhetry M y su grupo[8] informaron un caso de esta asociación en una embarazada de 21 años, con 39 semanas de gestación a quien, por azar, se le diagnosticó mola hidatiforme. El embarazo finalizó mediante cesárea y recién nacido vivo, con su propia placenta y otra placenta que contenía la mola. La paciente se dio de alta satisfactoriamente con seguimiento de sus concentraciones de hGCβ que se normalizaron a las 12 semanas de control.

Irani RA y coautores,[9] en un estudio amplio, encontraron que en todas las pacientes con mola hidatiforme completa las complicaciones fueron: hemorragia posparto (71%), trastornos hipertensivos del embarazo (29%) y solo 4 de 14 casos con neoplasia gestacional trofoblástica.

En un estudio de 20 años, Mangla M y colaboradores[10] encontraron 44 casos de embarazo molar con feto vivo, en el que menos de la mitad de las pacientes habían permanecido asintomáticas (19 de 44; 43.2%). La mayoría (56.8%) tuvo recién nacido sin complicaciones y solo 3 de 44 (6.8%) resultaron con enfermedad neoplásica gestacional.

La incidencia de embarazos gemelares con mola hidatiforme es de 1 caso por cada 20,000 a 100,000 gestaciones. Santiago-Sanabria y su grupo[11] reportaron un caso de embarazo gemelar coexistente con mola hidatiforme en una paciente de 43 años que se embarazó mediante técnica de fertilización asistida. Se trató con metotrexato y evacuación uterina mediante aspiración, con evolución satisfactoria.

https://doi.org/10.24245/gom.v91i5.8077

Raj R y coautores[12] publicaron la coexistencia de mola hidatiforme con trastornos tiroideos debido a que existe un mimetismo molecular entre la HGC y la hormona estimulante del tiroides que conduce a un hipertiroidismo trofoblástico gestacional, lo que aumenta las complicaciones de la madre y del feto. Se trató de una paciente de 24 años en quien se diagnosticó esta asociación, permaneció en vigilancia y se obtuvo un feto vivo eutiroideo, a las 24 semanas de gestación, con buen control del trastorno tiroideo y desenlace satisfactorio.

CONCLUSIÓN

La paciente del caso se encontraba en la premenopausia cuando de manera fortuita, por ultrasonido, se le diagnosticó mola hidatiforme completa. Con el protocolo de tratamiento establecido para este tipo de casos en mujeres con paridad satisfecha, se logró una evolución satisfactoria, siempre con una vigilancia estrecha de los ginecoobstetras.

REFERENCIAS

1. Solís-Cartas U, Calvopiña-Bejarano SJ, Martínez-Larrarte JP, Menes Camejo I, et al. Mola hidatiforme como manifestación ginecobstétrica en el curso de las enfermedades reumáticas. Rev Cub Med Milit 2018; 47 (4): 1-8. http://scielo.sld.cu
2. Mulisya O, Drucilla JR, Sengupta ES, Agaba E, et al. Prevalence and Factors Associated with Hydatidiform Mole among Patients Undergoing Uterine Evacuation at Mbarara Regional Referral Hospital. Hindawi Obstet Gynecol Int 2018. https://doi.org/10.1155/2018/9561413
3. Mekni K, El Fkih Ch. Aspect d´ovaire intra-utérin d´une môle partielle. Pan Afr Med J 2021; 39 (120). doi:10.11604/pamj.2021.39.120.29292
4. Fatusic J, Hudic I. Complete Molar Pregnancy in Posmenopausal Woman-a Case Report. Med Arch 2019; 73 (6): 436-7. doi: 10.5455/medarh.2019.73.436-437
5. Ismail S, Mikhael K, Salloum N, Alshehabi Z. An invasive mole with pulmonary metastases in a 55-year-old postmenopausal Syrian woman: a case report and review of the literature. J Med Case Rep 2021; 15: 13 https://doi.org/10.1186/s13256-020-02630-3
6. Dai YX, Xiang Y, Feng FZ, Ren T, Yang JJ, Zhao J, Wan XR. Pulmonary deportation of hydatidiform mole: a 12-year, single tertiary center experience in China. Chin Med J 2020; 133: 1930-34. doi:10.1097/CM9.0000000000000950
7. McNally L, Rabban JT, Poder L, Chetty S, et al. Differentiating complete hydatidiform mole and coexistent fetus and placental mesenchymal dysplasia: A series of 9 cases and review of the literature. Gynecol Oncol Rep 2021; 37: 100811. https://doi.org/10.1016/j.gore.2021.100811
8. Chhetry M, Pokharel A, Chaudhary AN. Term delivery of a complete molar pregnancy with a coexistent normal pregnancy case report. Hindawi Case Rep Obstet Gynecol https://doi.org/10.1155/2019/5090565
9. Irani RA, Holliman K, Debbink M, Day L. Complete molar pregnancies with a coexisting fetus: pregnancy outcomes and review of literature. https://doi.org/10.1055/a-1678-3563.
10. Mangla M, Kaur H, Khoiwal K. Partial mole with coexistent live fetus: A systematic review of case reports. J Turk Ger Gynecol Assoc 2022; 23: 83-94.
11. Santiago-Sanabria L, Gómez-Romero A, Martínez-Villafaña E. Embarazo gemelar con mola hidatiforme completa y feto vivo coexistente. Ginecol Obstet Mex 2021; 89 (9): 727-34. https://doi.org/10.24245/gom.v89i9.5070
12. Raj R, Uy EM, Hager M, Asadipooya K. Delivery of euthyroid baby following hyperthyroidism in twin gestation with coexisting complete hydatidiform mole. Clinical case. Case Rep Endocrinol 2019. https://doi.org/10.1155/2019/2941501