

ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL: Mola parcial

Gazabat Barbado,E; Jiménez Díaz,S; López Martínez,C; Madrid Gómez de Mercado,M;
Manzano Roldán,A; Martínez-Espejo Cerezo,A; Martínez Gómez,A; Martínez Real,MC
Hospital Universitario los Arcos del mar Menor

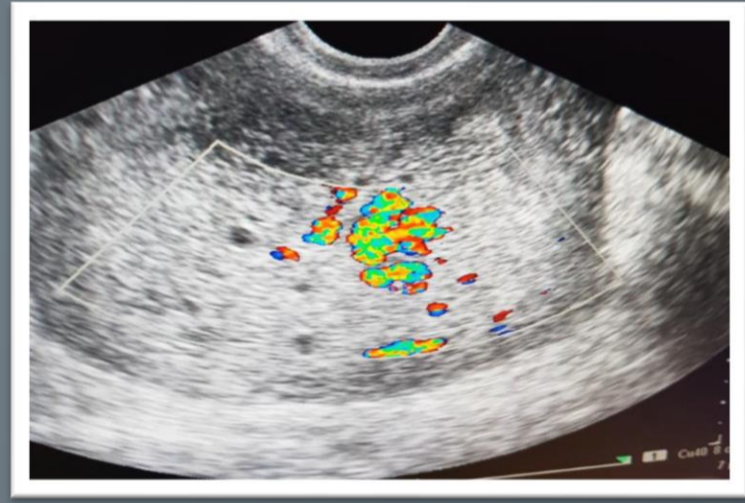
La mola hidatiforme forma parte de un grupo heterogéneo de enfermedades clasificadas como enfermedad trofoblástica gestacional, que derivan de una proliferación trofoblástica anormal de la placenta con el potencial para invadir localmente el útero y metastatizar. La mola hidatiforme puede ser completa o parcial en función del patrón cromosómico, la histopatología y la presentación clínica. Los embarazos molares, aunque benignos, se consideran premalignos por tener la capacidad de convertirse en un tumor maligno (neoplasia trofoblástica gestacional). El factor de riesgo mejor establecido es la edad materna avanzada (>40años) y el antecedente de una gestación molar previa.

CASO CLÍNICO

16 años. Gestante de 12 semanas de amenorrea que consulta en urgencias por dolor en hipogastrio de horas de evolución. Secundigesta con un aborto precoz previo y sin otro antecedente de interés.

A la exploración ginecológica se evidencia un útero móvil acorde a amenorrea, levemente doloroso a la palpación, con un cérvix cerrado y sin sangrado vaginal.

Se realiza una ecografía transvaginal objetivando un saco gestacional intraútero con un embrión acorde a 9+5 semanas sin actividad cardíaca además de una **formación heterogénea** anormalmente grande **con vascularización aumentada** que podría corresponder a una mola parcial, anejos normales.



Ante la sospecha diagnóstica se solicita una placa de tórax que es normal y una determinación de BHCG en sangre periférica de **114179mUI/ml**. Tras esto se realizó un legrado obstétrico aspirativo, en el que se obtienen abundantes restos que se envían a anatomía patológica y a citogenética. Tras la evacuación uterina los niveles de BHCG descendieron significativamente en sangre, quedando en seguimiento con monitorización seriada de BHCG en nuestras consultas. Finalmente el estudio anatomopatológico y genético nos confirmó el diagnóstico de **Mola parcial con dotación triploide XXX**.

CONCLUSIÓN

El 80% de la enfermedad trofoblástica gestacional corresponde a la mola hidatiforme. La incidencia de mola completa es de 1-3/1000 embarazos y la parcial es de 3/1000. El tratamiento de elección es el legrado aspirativo, la evacuación médica está contraindicada en los casos de mola completa y en las parciales se valorará dependiendo el tamaño fetal. Durante el monitoreo de BHCG durante el seguimiento se recomienda el uso de anticonceptivos fiables, ya que un nuevo embarazo durante este período haría difícil interpretar los resultados de la BHCG y complicaría el manejo. El riesgo de malignización es de un 1-5% en la mola parcial y del 15-20% en la completa y la recurrencia de mola hidatiforme es del 1-1,9% tras un embarazo molar y del 15-17,5% tras dos embarazos molares.

-Berkowitz RS, Goldstein DP. Current advances in the management of gestational trophoblastic disease. Gynecol Oncol 2013; 128:3.

-Padrón L, Rezende Filho J, Amim Junior J, et al. Manual Compared With Electric Vacuum Aspiration for Treatment of Molar Pregnancy. Obstet Gynecol 2018; 131:652.

-Berkowitz RS, Goldstein DP. Clinical practice. Molar pregnancy. N Engl J Med 2009; 360:1639.

