

CASO CLÍNICO

Mujer de 32 años, árabe residente en España. **Motivo de consulta:** vómitos y sangrado vaginal.

AF: Sin interés. **AP:** No alergias medicamentosas conocidas. **Ginecológicos:** Menarquía 13 años. Fórmula menstrual 6/28. FO: G1/PO. FUR: 29/12/2014.

Enfermedad actual: sangrado vaginal desde hace 15 días, leve dolor de hipogastrio y vómitos desde hace una semana. No ha tomado medicación para control de síntomas. No síndrome miccional. Test de gestación débilmente positivo.

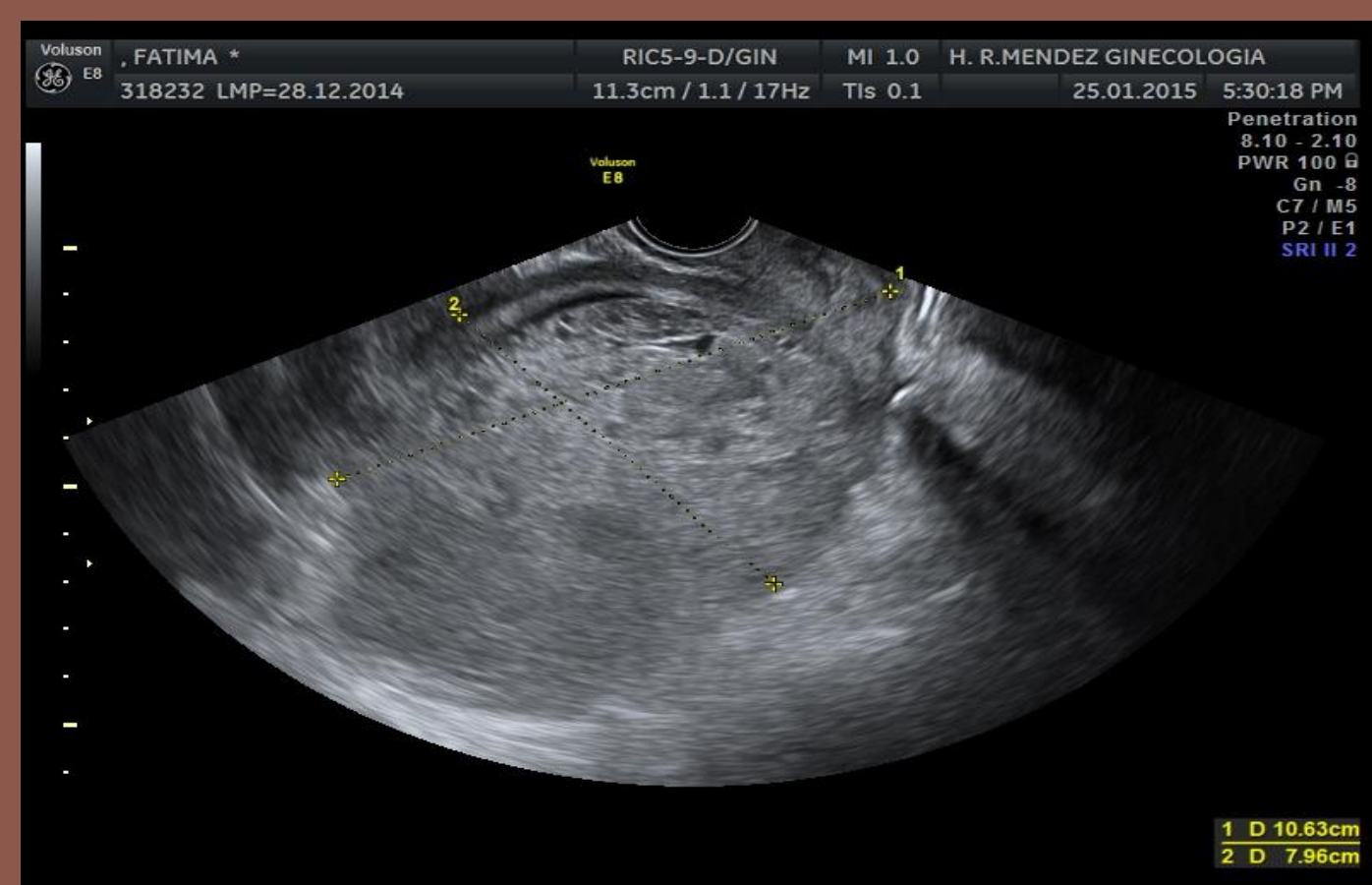
Exploración abdominal: Abdomen blando y depresible con dolor moderado en palpación profunda de hipogastrio. Blumber y Murphy negativo. Puño percusión en zona lumbar: negativa.

Exploración de vagina con espéculo: restos hemáticos oscuros y escasos. No sangrado activo. OCE de nulípara cerrado.

Exploración bimanual abdomino-pélvica: útero aumentado de tamaño similar a gestación de unas 8 semanas.

Exploraciones complementarias realizadas:

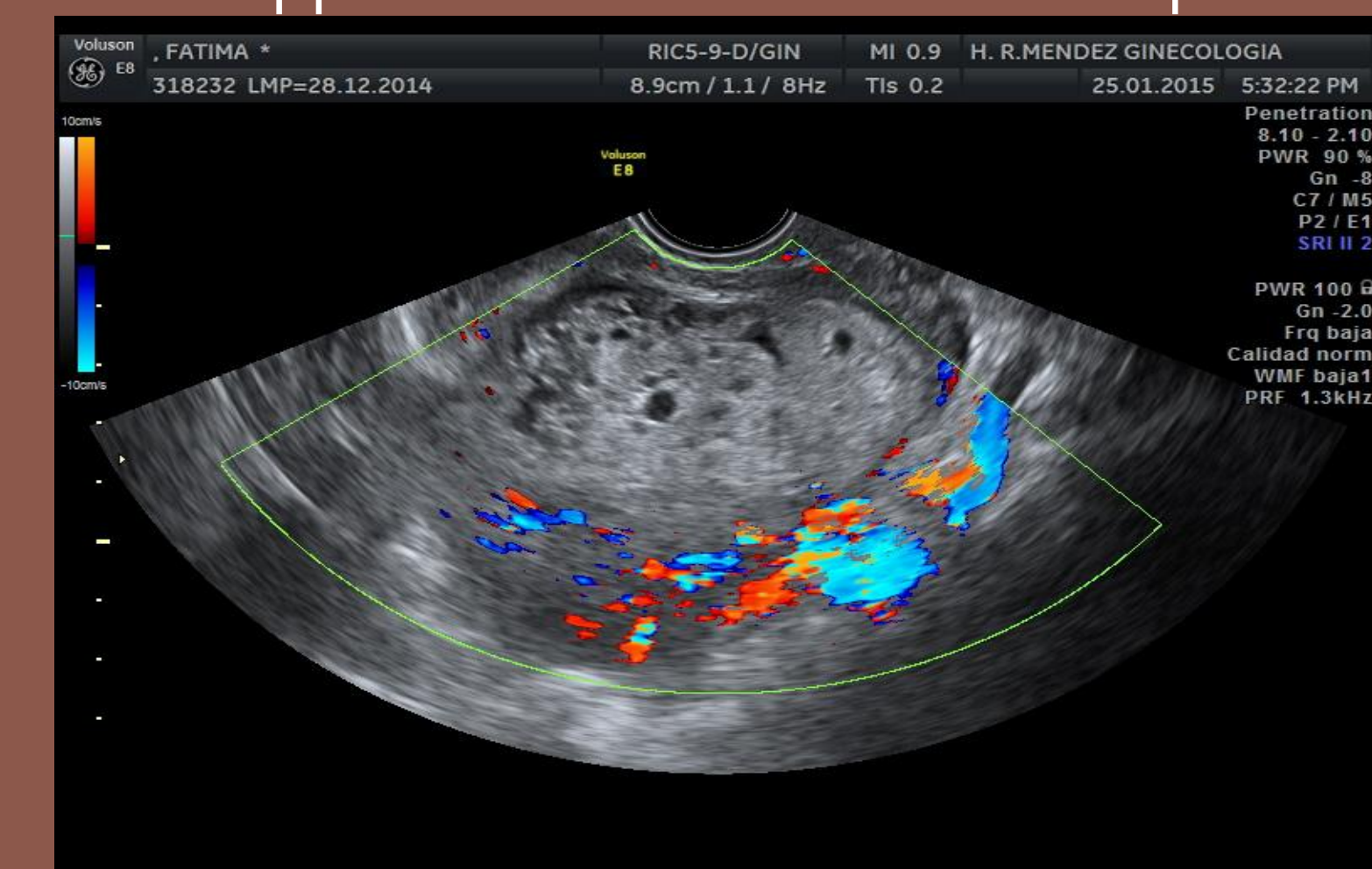
Eco TV: útero en anteflexión de 106mmx86mm



Se visualiza en cavidad imagen "en copos de nieve" con presencia de hematómetra.



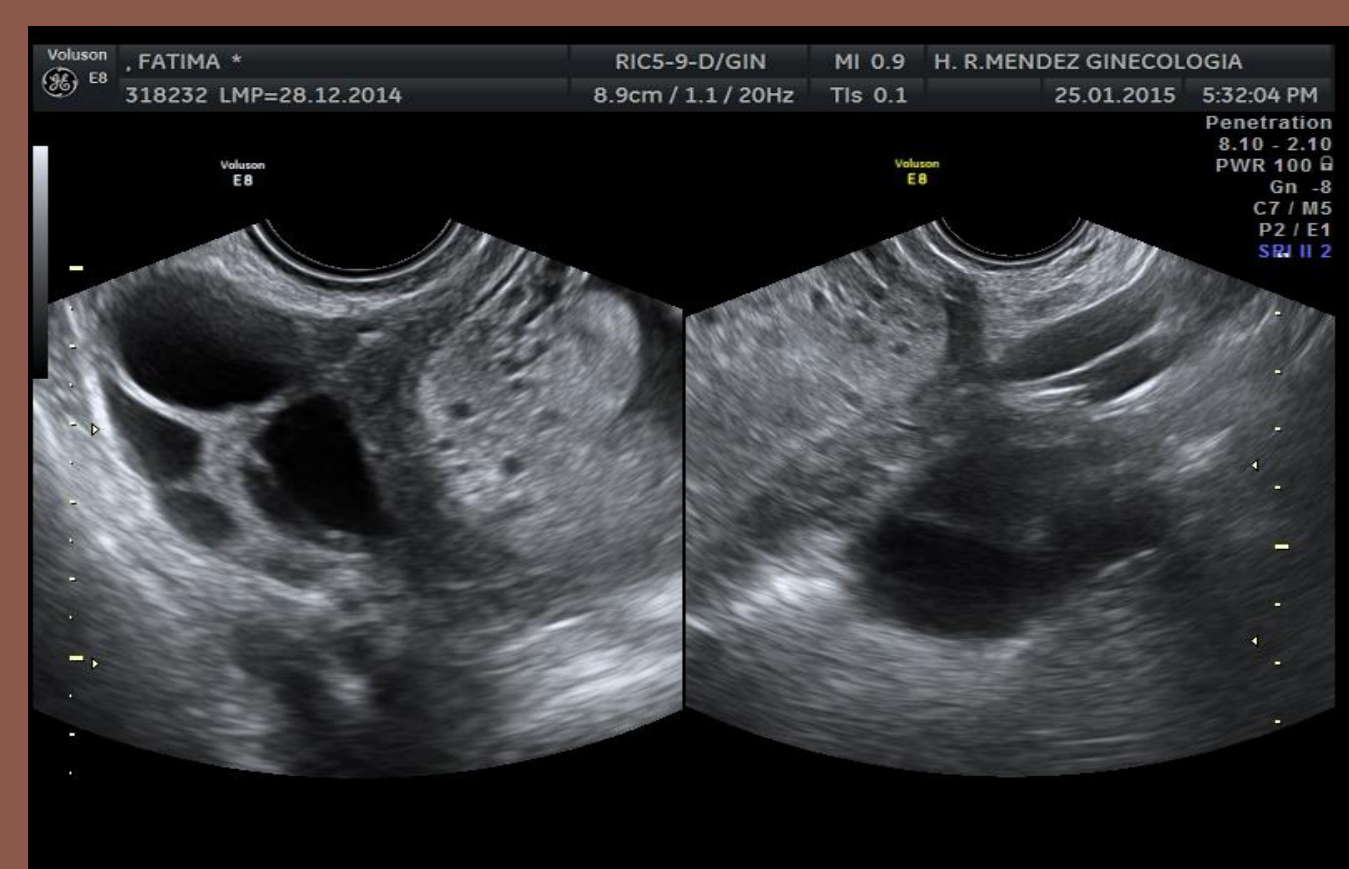
Con Doppler color no se evidencia captación



Ovario derecho multifolicular con presencia de 2 folículo de mayor tamaño.

Ovario izquierdo morfología y tamaño normal.

No se evidencia líquido libre en Douglas.



La paciente es ingresada 25/01/2015 con sospecha de mola hidatiforme completa. Gonadotrofina coriónica total en sangre: 1.255.983mUI/ML. Se cursa Bioquímica con perfil Hepático y tiroideo: normal. Rx de tórax en APY Lateral normal. TAC cerebral sin hallazgos patológicos.

Se procede a legrado por aspiración bajo control ecográfico.



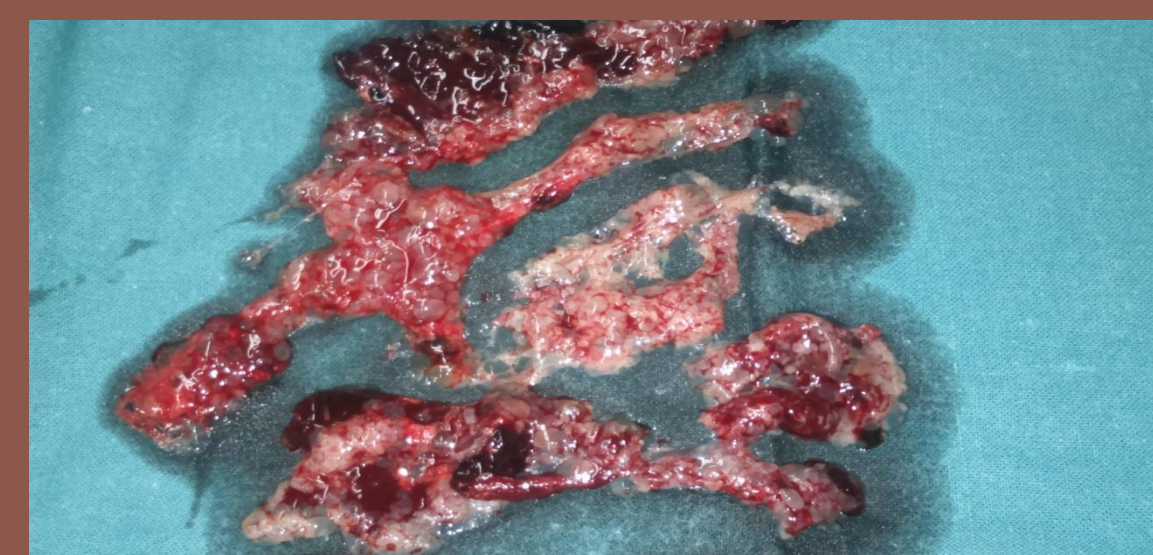
Test de gestación débil positivo (+).

Hemograma: Hb11.5, HTo 34%, leucocitos 10500 y plaquetas 305. G. y Rh A+.

Bioquímica y coagulación: normal.

AY S: sangre +++, 10-20 leucocitos por campo, nitritos negativos, proteínas +; en sedimento presenta abundantes células descamativas, algunos gérmenes y 10-20 leucocitos por campo.

Se extraen abundantes vesículas y restos que se envían a Anatomía Patológica.



Control de B-hCG seriadas:

- 25/01/2015: 1.255.983 mUI/ML.
- 28/01/2015: 142.617 mUI/ML
- 30/01/2015: 50045 mUI/ML.
- 01/02/2015: 23571 mUI/ML.
- 03/02/2015: 16133mUI/ML.
- 06/02/2015: 8690mUI/ML.
- 13/02/2015: 2088mUI/ML.

RESULTADO DE ANATOMIA PATOLÓGICA :Mola Hidatiforme completa.

La paciente es dada de alta con BEG, clínicamente estable, con B-hCG de 50045 mUI/ML. y es remitida a consulta de Ginecología para su control y seguimiento(B-Hcg última 2088mUI/ML.).

Nos encontramos ante una patología obstétrica de baja incidencia (1:1000 embarazos), pero que puede conllevar a consecuencias fatales si no es diagnosticada y tratada a tiempo.

Clasificación de las enfermedades trofoblásticas según Surwit y Hammond

De evolución benigna	De evolución maligna
Mola hidatídica: completa/parcial	Mola invasora o corioadenoma
	Coriocarcinoma
	• No metastásica
	• Metastásica

En 1979, la SINT para el estudio de las Neoplasias Trofoblásticas, propuso la clasificación aceptada por la OMS, la FIGO y la SEGO y diferenció:

Mola o embarazo molar	Enfermedad trofoblástica persistente (ETGP)
Con bajo o alto riesgo	Con los estadios I-IV dependiendo de la extensión de la lesión y de que sea: con o sin metástasis y de alto o bajo riesgo

CONCLUSIONES

Paciente en edad reproductiva atendida inicialmente en urgencias por sangrado vaginal y vómitos. Palpación de útero de tamaño mayor a lo que le correspondería según FUR, test de gestación débilmente +, debemos estar alertas pues cuando los niveles séricos de hCG están por encima de 500 000 mUI / ml, por un "efecto gancho o efecto hook" puede ocurrir que obtengamos un valor falsamente bajo de hCG. Esto es porque la sensibilidad de la mayoría de las pruebas de hCG se establece en el rango de hCG del embarazo (es decir, 27 300 a 233 000 mUI / ml a las 8 a 11 semanas de gestación). Por lo tanto, cuando una concentración extremadamente alta de hCG está presente, tanto los anticuerpos de captura y de trazadores utilizados en ensayos inmunoradiométricos se saturan y no se produce la unión de los dos para crear un sandwich, el resultado de la prueba será negativo o débilmente +. Por esta razón, un diagnóstico de sospecha de enfermedad trofoblástica gestacional debe ser comunicado al laboratorio para llevar a cabo a escala 1: 1000 de dilución o bien solicitar nivel cuantitativo de Gonadotropina coriónica humana en suero.

Un resultado total de hCG de 1.255.983 mUI / mL junto a estudio ecográfico sugieren fuertemente Mola Hidatiforme completa.

Mola sospechada a de ser Mola evacuada (para reducir posibles complicaciones) y requiere seguimiento clínico y analítico estrecho durante aproximadamente un año, la paciente se encuentra en fase de seguimiento con niveles de BhCG de 2088mUI/ML.

BIBLIOGRAFIA: Benedet JL y Pecorelli S. Staging classifications and clinical practice guidelines of gynaecologic cancers. FIGO Committee on Gynecologic Oncology, 2000. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2000; 70, 119-139.

Soper JT, Mutch DG y Schink JC. Diagnosis and treatment of gestational trophoblastic disease: ACOG Practice Bulletin No.53. Gynecologic Oncology 2004; 93: 575-584

Enfermedad trofoblástica gestacional. Aspectos clínicos y morfológicos. Revisión española, volumen, nº2 187-200.

AskToday . La mola hidatídiforme: Epidemiología, clínica diagnóstica. Autores: Ross S Berkowitz, MD. Donald Peter Goldstein, MD. Neil S Horowitz, MD.