



# MOLA INVASIVA EN PERIMENOPAUSIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Martínez-Espejo Cerezo, Alicia; Martínez Gómez, Ana; Garre Alcazar, María del Carmen; Padilla Lara, Felipe; Martínez Real, María Consuelo; Sánchez- Bolea Pérez, Tomás  
Servicio de ginecología y obstetricia . Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad trofoblástica gestacional engloba un grupo heterogéneo de entidades que se caracterizan por una proliferación anormal del trofoblasto consecuencia de una alteración genética en la fecundación. Comprende patología benigna (mola hidatiforme completa/parcial) y maligna (mola invasiva, coriocarcinoma, tumor del sitio placentario). Ocurre con más frecuencia en las edades extremas de la vida fértil de la mujer, siendo la mola hidatiforme completa la más frecuente con un riesgo del 15-20% de mola invasiva. Si se sospecha se debe realizar estudio de extensión así como reconocimiento de factores pronósticos. El tratamiento consiste en la evacuación inmediata del útero (legrado aspiración) o histerectomía en mayores de 40 años o deseos genésicos cumplidos.

Presentamos el caso de una mola invasiva en una paciente perimenopáusia.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 54 años que consulta en urgencias por dolor en hipogastrio y metrorragia tras 8 meses de amenorrea. Antecedentes personales sin interés. G7P7. A la exploración se evidencia sangrado procedente de cavidad y la ecografía transvaginal muestra útero ocupado por una masa heterogénea en "copos de nieve" con adelgazamiento de miometrio en cara posterior sugestivo de enfermedad trofoblástica. Se realiza toma de biopsia endometrial con cánula de cornier y se solicita, tras evidenciar test de gestación en orina positivo, cuantificación en sangre resultando Bhcg: 294.350 ui/L. Se realiza estudio de extensión (radiografía de tórax y TAC) que resultó negativo

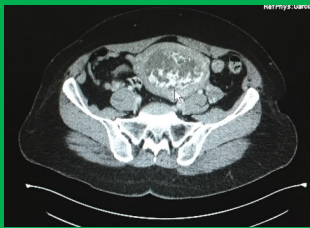


Fig 1. Imagen de mola hidatiforme en TC pélvico: voluminosa masa uterina que presenta áreas hiperdensas en su interior compatibles con sangrado

La anatomía patológica (AP) de la biopsia endometrial confirmó el diagnóstico de mola hidatiforme por lo que debido a edad paciente y deseos genésicos cumplidos se realizó una histerectomía abdominal con doble anexectomía evidenciando (fig.2) un útero blando, aumentado de tamaño como gestación de más de 12 semanas, ocupado por una masa vesicular intracavitaria en "racimo de uvas"

La AP postquirúrgica informó de mola hidatiforme completa con presencia de vellosidades coriales en profundidad de miometrio por lo que se considera mola invasiva. Se realizó seguimiento posterior de Bhcg semanal hasta su negativación y posteriormente mensual hasta completar 12 meses (Fig. 3)

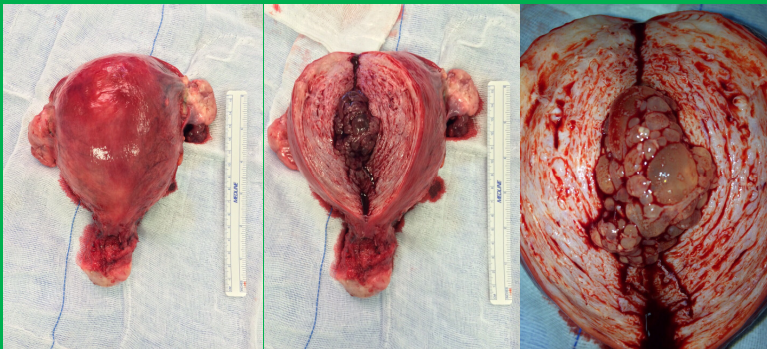


Fig 2

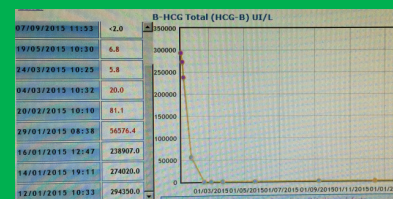


Fig 3

## CONCLUSIÓN

En el periodo perimenopáusico existe, aunque reducido, riesgo de embarazo y éste va frecuentemente asociado a patología (riesgo x 10 enf. Trofoblástica) por lo que debemos tenerlo en cuenta en el diagnóstico diferencial de las irregularidades menstruales así como asesorar a las paciente de medidas de control en esta etapa.

En pacientes mayores de 40 años o deseos genésicos cumplidos debe ofrecerse la histerectomía como tratamiento más seguro.