



MASA INTRAUTERINA



Montoya Martínez, C.; Gómez Melero, R.; Delgado González, J.L.; Pérez Rocamora, F.; Pina Montoya, MA.; Paredes Martínez, R.; Albarracín Navarro, J.L. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Rafael Méndez de Lorca.

INTRODUCCIÓN

- La **enfermedad trofoblástica gestacional (mola parcial o completa)** deriva de una proliferación trofoblástica anormal de la placenta con potencial para invadir localmente el útero y metastatizar, ocasionando una **Neoplasia Trofoblástica Gestacional** (mola invasiva, coriocarcinoma, tumor del lecho placentario ó tumor trofoblástico epiteliode).
- Sobre el **80%** de las ETG corresponde a mola hidatiforme, **15%** a mola invasiva y **5%** a coriocarcinoma.
- La incidencia de la mola completa es **1- 3:1000** embarazos y parcial **3:1000** embarazos.
- El factor de riesgo más importante es la **edad materna avanzada (> 40 años)** seguido del antecedente de **gestación molar previa**.

CASO CLÍNICO

Mujer de 43 años que acude a Urgencias por sangrado, dolor abdominal intenso de un mes de evolución y sensación de distermia desde el día anterior. En tratamiento con anticoncepción oral hasta hace un mes.

A la exploración, la paciente presenta regular estado general. Abdomen blando y depresible, con dolor a la palpación en hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal. Se observa sangrado activo de cavidad que es maloliente.

Tacto vaginal bimanual: Cérvix doloroso a la movilización, útero aumentado de tamaño y consistencia disminuida.

Ecografía TV: útero aumentado de tamaño (11x7 cm) con masa intrauterina isocogénica de 7x6x9 cm, Doppler negativo. Miometrio adelgazado. Ovarios ecográficamente normales.

BHCG: >265.800 mUI/ml.

Ante estos hallazgos clínicos, ecográficos y analíticos, la sospecha clínica principal es de **Enfermedad Trofoblástica Gestacional**.

Durante el ingreso, la paciente presenta fiebre y deterioro del estado general. El estudio de extensión (TC torácico-abdomino-pélvico) resulta negativo.

Se decide ante inicio de cuadro séptico, realizar **histerectomía total con salpinguectomía bilateral laparotómica**.

Tras la intervención quirúrgica, cede la fiebre y la paciente encuentra mejoría del estado general.

Resultados AP: MOLA HIDATIFORME COMPLETA. NO INVASIVA.

Imagen 1 y 2: corte longitudinal y transversal de masa intrauterina en ecografía.



CONCLUSIONES

- El diagnóstico de confirmación de mola hidatiforme se realiza mediante el **estudio anatomopatológico o genético**.
- La evacuación médica está **contraindicada** en molas completas. En las molas parciales, se puede valorar cuando el tamaño del componente fetal contraindica el legrado aspirativo, valorando siempre el riesgo-beneficio.
- La histerectomía con preservación anexial puede ser una opción terapéutica en pacientes con deseo genésico cumplido (menor riesgo de secuelas malignas y evolución a NTG).
- Es preciso realizar un seguimiento estricto de las pacientes con ETG con el fin de detectar precozmente la evolución a NTG. El control post-tratamiento es mediante monitorización de **β-HCG**.
- Es necesario informar a la paciente de la importancia de **evitar una nueva gestación** durante el seguimiento de β-HCG. Se recomendarán anticonceptivos orales como primera opción.

Bibliografía:

- R. Pascal, E. Miró, M. Muñoz, M. Palacio, MD Gómez Roig. Protocolo manejo de Mola Hidatiforme. Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona. MMF-88-2018.