



DIAGNÓSTICO DE MOLA HIDATIFORME

Ortuño Hernández C, Martínez Nortes ME, Gómez Meseguer C, Mokachir Mohsenin Z, Díaz Lozano P, García Pérez MI, Delgado González I, Cánovas JA.

INTRODUCCIÓN

La mola hidatiforme o enfermedad trofoblástica gestacional se caracteriza por un crecimiento anormal del tejido trofoblástico, que normalmente se desarrolla en la placenta. Este trastorno se subdivide en dos categorías principales: mola completa y mola parcial. Clínicamente puede presentarse como sangrado vaginal, hipertensión gestacional, hiperémesis gravídica y signos de hipertiroidismo. El diagnóstico se basa en hallazgos ecográficos característicos, como la presencia de una masa quística en la cavidad uterina, y niveles elevados de la hormona beta-hCG en sangre.

CASO CLÍNICO

Paciente de 39 años que consulta por sangrado vaginal y dolor hipogástrico acompañado de náuseas y 5 episodios de diarrea. Edad gestacional de 10 semanas y 4 días por fecha de última regla.

Antecedentes obstétricos: G2P1. Grupo sanguíneo: 0-.

Se administra gammaglobulina anti-D.

Se realiza ecografía transvaginal y se extrae b-hCG en sangre: 38966 mUI/ml.

Control de b-hCG en 48 horas de 36377 mUI/ml.

Se indica legrado obstétrico aspirativo.

Se da de alta con radiografía de tórax normal y con tratamiento con anticonceptivos orales 1 comprimido al día y cita de control de b-hCG y ecográfico.



Se observa saco gestacional intraútero con embrión de CRL 5.7mm, acorde a 6+2 SG, sin actividad cardíaca. Se observa degeneración hidrópica en cara anterior sin captación Doppler. Ambos ovarios normales. No líquido libre en Douglas.

DISCUSIÓN/ CONCLUSIÓN

En resumen, los casos seleccionados de molas hidatidiformes enfatizan la importancia de un abordaje integral del manejo de esta complicación obstétrica. La paciente, una mujer en su primer trimestre, presentó síntomas preocupantes de sangrado vaginal intermitente y distensión abdominal, sospechándose clínicamente un embarazo molar parcial. Los hallazgos ecográficos incluyeron una masa quística heterogénea en la cavidad uterina. Además, la actividad anormal del trofoblasto se confirmó mediante el aumento de los niveles séricos de β -hCG.

El tratamiento inicial implica la extracción del contenido uterino mediante legrado uterino para evitar posibles complicaciones, como la progresión a neoplasia trofoblástica durante el embarazo. Se planifica un seguimiento cuidadoso para controlar los niveles de β -hCG y detectar cualquier signo de recurrencia o complicaciones.

Este caso resalta la importancia de una evaluación clínica cuidadosa, una interpretación adecuada de los resultados de la ecografía y un tratamiento rápido para garantizar un resultado favorable para la paciente y su futura salud reproductiva. La educación y el apoyo emocional también son componentes importantes de la atención integral de las mujeres que padecen esta afección.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lurain, J. R. (2010). Gestational trophoblastic disease I: epidemiology, pathology, clinical presentation and diagnosis of gestational trophoblastic disease, and management of hydatidiform mole. *American journal of obstetrics and gynecology*, 203(6), 531-539.
2. Seckl, M. J., Sebire, N. J., & Berkowitz, R. S. (2010). Gestational trophoblastic disease. *The Lancet*, 376(9742), 717-729.
3. Savage, P., Williams, J., Wong, S. L., & Short, D. (2009). The demographics of molar pregnancies in England and Wales from 2000-2009. *Journal of Reproductive Medicine and Endocrinology*, 6(1), 10-16.
4. Kohorn, E. I. (2009). The new FIGO 2000 staging and risk factor scoring system for gestational trophoblastic disease: description and critical assessment. *International journal of gynecological cancer*, 19(2), 269-273.
5. FIGO Oncology Committee. (2019). FIGO staging for gestational trophoblastic neoplasia 2018: a consensus report. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 143(1), 3-5.

