

CASOS CLÍNICOS

Enfermedad trofoblástica gestacional en mujer de 52 años sin amenorrea previa

M. González, J.A. Diego, M.P. Blanco y M.J. Fernández-Mellado

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. España.

ABSTRACT

This article describes a case of complete hydatidiform mole in a 52year old woman which presented as metrorrhagia and pelvic mass, its diagnosis was suspected following ultrasound scan.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad trofoblástica gestacional engloba varias entidades. En el presente artículo describimos un caso de mola completa. Para su diagnóstico y tratamiento tempranos es importante la sospecha de la enfermedad. El tratamiento consiste en la evacuación uterina¹.

CASO CLÍNICO

Mujer de 52 años y origen moldavo que acude al servicio de urgencias de nuestro centro hospitalario por un cuadro de metrorragia de un mes de evolución y síndrome general, sin referir amenorrea previa. Presenta hipotiroidismo en tratamiento médico. Sus antecedentes obstétricos son 2 partos normales y un aborto hace años. Durante la exploración se aprecia sangrado escaso y un útero aumentado, como de 16 semanas de amenorrea. Se solicita hemograma, que revela anemia leve, y prueba de embarazo en orina, que es negativa. Se realiza ecografía, en la que se observa un útero de 182 x 97 mm con cavidad ocupada por material heterogéneo con áreas anecoicas y vascularización escasa de 67 mm de grosor; los ovarios son normales (fig. 1).



Fig. 1. Ecografía: cavidad ocupada.

Se decide tomar muestra para biopsia y, dada la imagen ecográfica previamente descrita, sospechosa de mola, se solicita β -hCG (subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana). La β -hCG muestra un valor de 1.300.000 mU/ml. Con sospecha de enfermedad trofoblástica gestacional se inicia la detección sistemática de enfermedad sistémica y se solicita placa de tórax, ecografía abdominal, tomografía computarizada cerebral y abdominopélvica, que resultan normales; asimismo se procede a determinación de β -hCG seriadas.

Se procede a inducción con misoprostol, 800 mg por vía vaginal, para conseguir la expulsión, y se obtiene muy abundante material con resultado anatómopatológico de mola hidatiforme completa; tras esto, el valor de β -hCG es de 100.000 mU/ml.

La paciente precisa transfusión de 2 concentrados de hemáties por anemia.

El cuadro es revalorado por la unidad de reproducción y se decide realizar histerectomía total y doble

Aceptado para su publicación el 10 de mayo de 2004.

anexectomía, tras lo cual evoluciona favorablemente y es dada de alta a los 7 días de la cirugía, con indicación de seguimiento según protocolo en nuestra consulta de la unidad de reproducción.

DISCUSIÓN

La enfermedad trofoblástica gestacional se corresponde con una proliferación anormal del trofoblasto² e incluye distintas entidades, entre ellas la mola completa, como es el caso descrito, y los tumores trofoblásticos gestacionales¹.

La clínica que presenta esta entidad suele ser hemorragia del primer trimestre de la gestación, hipermesis, signos de hipertiroidismo y, en algunos casos, expulsión de vesículas por la vagina. El diagnóstico se basará en la sospecha clínica, la ecografía y la determinación de β -hCG¹.

En nuestro caso cabe destacar la particularidad del hallazgo tras el estudio de metrorragia y masa pélvica en una mujer de 52 años sin historia previa de gestación normal, de aborto o de embarazo ectópico y con prueba de embarazo en orina negativa, y con la ayuda de la ecografía para orientar el diagnóstico.

El tratamiento se basa en la evacuación uterina por distintos métodos; en nuestro caso, y dada la edad de la paciente, se optó por un tratamiento radical, procediendo a la histerectomía³.

Asimismo cabe señalar que, a pesar de ser un caso de enfermedad benigna, se debe proceder a un seguimiento adecuado según los protocolos vigentes^{4,5}.

RESUMEN

Se presenta el caso de una mola completa de aparición en una mujer de 52 años que se inicia con cuadro de metrorragia y masa pélvica; el diagnóstico se sospecha gracias al uso de la ecografía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bellón del Amo M, Costales Badillo CA, Gutiérrez Alaguero A. Revisión de conjunto. Enfermedad trofoblástica gestacional. *Tok-Gin Pract* 2001;60:147-54.
2. Gutiérrez S, Salas JS. Reacción trofoblástica exagerada de implantación. *Clin Invest Gin Obst* 2002;29:147-9.
3. Risal N, North C, Tidy J, Hancock B. Role of hysterectomy in management of trophoblastic disease. *Gynecol Oncol* 2002;87:190-2.
4. Rhabouze S, Erchidi IE, Bouchikhi C. Gestational trophoblastic diseases. A propos of 105 cases. *Gynecol Obstet Fertil* 2002;30:42-9.
5. Shapter AP, McLellan R. Gestational trophoblastic disease. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2001;28:805-17.