

## CASOS CLÍNICOS/ICONOGRAFÍAS

## Mola completa en una paciente de 54 años

**S. Gutiérrez-García, J. Cumbraos, J.L. Hernández-Sánchez, J.S. Salas<sup>a</sup>  
y J.L. Hernández-Rodríguez**

Servicios de Ginecología y <sup>a</sup>Anatomía Patológica. Hospital de León. España.

### SUMMARY

The diagnosis of hydatidiform mole in patients older than 50 years is difficult if it is not clinically suspected.

We present the case of a 54 year-old woman with vaginal bleeding. After a uterine curettage the diagnosis of complete hydatidiform mole was made. We wish to remark the importance of the clinical suspicion, that drive us to a fast and easy diagnosis with the ultrasound and the serum hCG.

The correct diagnosis and precocious treatment are fundamental in these patients to avoid complications.

### INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de mola hidatiforme en pacientes de más de 50 años, en las que el embarazo es poco frecuente, depende de un alto índice de sospecha y de pruebas de fácil acceso que deberían tenerse presentes en todos los casos de sangrado vaginal en la perimenopausia. En ocasiones la ecografía y la práctica clínica pueden orientarnos hacia otro tipo de enfermedad tumoral más frecuente en estas edades.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 54 años remitida a nuestro servicio por su ginecólogo con el diagnóstico de sospecha de aborto diferido.

Como antecedentes cabía destacar obesidad e hipertensión arterial en tratamiento sin otras afecciones. Menarquia a los 14 años con ciclos irregulares desde hacía 2 años, de 4 a 5 días de duración. Tres embarazos y partos normales.

La paciente no recordaba la fecha de su última regla.

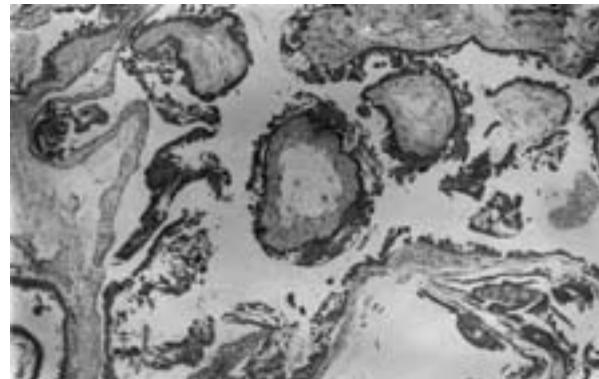


Fig. 1. Vellosidades coriales dilatadas, sin vasos y con cisterna central. Intensa proliferación del trofoblasto circundante (HE,  $\times 20$ ).

En la exploración se objetivaron unos genitales externos normales, cuello de multípara de aspecto sano con sangrado escaso y oscuro de cavidad. La obesidad dificultaba el resto de la exploración.

Se procedió a realizar ecografía transvaginal y se visualizó un útero de  $10 \times 8 \times 6$  cm con imagen desestructurada en su interior de  $6,7 \times 2,9$  cm, hiperefringente, en copos de nieve, compatible con un embarazo molar. Ambos ovarios eran ecográficamente normales.

Con la sospecha diagnóstica de embarazo molar ingresó en nuestro centro, realizándose analítica general y gonadotropina coriónica humana (HCG), así como radiografía de tórax.

El valor de hCG era de 89.814 mU/ml. El resto de la analítica y la radiografía de tórax fueron normales.

Se procedió a la realización de legrado de cavidad y se extrajo abundante material de aspecto molar que medía  $5 \times 5 \times 3$  presentando en el estudio histológico abundantes vellosidades coriales dilatadas, sin vascularización, con formación de cisternas centrales, rodeadas por una importante hiperplasia trofoblástica (fig. 1). Se observaron también escasos fragmentos deciduales y de endometrio hipersecretor de tipo grávidico, y la paciente fue diagnosticada de enfermedad trofoblástica gestacional tipo mola completa.

Aceptado para su publicación el 9 de enero del 2001.

Ante la consistencia blanda de útero se realizó ecografía poslegrado y se comprobó la vacuidad uterina. No se objetivó líquido libre.

A los 2 días de la evacuación uterina la hCG era de 29.000 mU/ml y a las 48 h se había reducido a 7.580 mU/ml.

A los 10 días de su primer ingreso la paciente fue sometida a una histerectomía abdominal con doble anexectomía, hallándose en el acto quirúrgico un útero aumentado como 8-10 semanas, blando y con anejos normales.

Histológicamente se apreciaba una mucosa de patrón secretor con focos de deciduación y alguna célula trofoblástica aislada sin transformación maligna. El miometrio y los anejos no presentaban anomalías microscópicas.

A los 7 días de la intervención la paciente fue dada de alta, siendo la hCG al mes de su primer ingreso menor de 2 mU/ml.

En el momento actual, la paciente presenta controles dentro de la normalidad.

## COMENTARIO

La mola hidatiforme representa una placentación anormal no invasiva caracterizada por degeneración hidrópica de las vellosidades coriales con proliferación trofoblástica<sup>1</sup>. Se compone de dos entidades distintas, la mola parcial y la completa, que es el caso que nos ocupa. Epidemiológicamente las gestaciones molares son más frecuentes en Asia y Latinoamérica que en Norteamérica y Europa<sup>1-3</sup>, siendo la frecuencia en estos últimos de 1/1.500 gestaciones.

En relación con la edad su incidencia aumenta en mujeres menores de 20 años y mayores de 45<sup>1,4</sup>, teniendo este segundo grupo de edad un riesgo aumentado entre 5 y 12 veces según las distintas series<sup>3,5</sup>.

El aumento de riesgo en estos grupos de edad se justifica si pensamos que las alteraciones de la ovulación son más frecuentes en estas edades, siendo por tanto más susceptibles de fertilización anormal. Las alteraciones cromosómicas desempeñan un papel importante en el desarrollo de la enfermedad molar, teniendo la mola completa una carga cromosómica habitualmente 46XX, con todos los cromosomas de origen paterno<sup>1</sup>.

En algunos estudios la multiparidad se considera un factor protector, frente a la nuliparidad o la enfermedad trofoblástica previa que son considerados factores de riesgo<sup>4</sup>, lo que no se cumplió en nuestro caso.

El síntoma clínico más frecuente de la mola hidatiforme sigue siendo el sangrado vaginal, llegando hasta el 70%. El resto de síntomas clásicos como

son aumento de talla uterina, hiperemesis, preclampsia a edad gestacional temprana e hipertiroidismo se presentan cada vez con menor frecuencia debido al diagnóstico precoz de esta entidad<sup>4,6</sup>. El diagnóstico habitual de las molas completas suele realizarse entre las 11 y las 25 semanas de amenorrea<sup>1</sup>. En nuestro caso, basándonos en el tamaño uterino, ya que la paciente ignoraba la fecha de la última regla, el diagnóstico fue anterior, debido probablemente a la sospecha que proporcionó la prueba de embarazo positiva y la imagen ecográfica característica. El desarrollo de los ultrasonidos y su mayor sensibilidad han favorecido diagnósticos precoces aunque la imagen típica en tormenta de nieve se encuentra en menos de dos tercios de los casos, siendo los quistes tecaluteínicos tardíos<sup>7</sup>.

El aumento importante de la hCG es el marcador diagnóstico y de seguimiento definitivo en esta afección. Valores muy elevados del mismo, mayores de 100.000 mU/ml, previa evacuación, se asocian a aparición de enfermedad persistente<sup>6</sup>.

El legrado como técnica diagnóstica en pacientes de edad avanzada nos permitirá detectar los hallazgos histológicos característicos de esta entidad e incluso realizar estudios cromosómicos. Las formas completas son típicamente voluminosas (300 a 500 ml) y presentan vesículas transparentes que se colapsan en el legrado.

La mola completa no es una verdadera neoplasia. Sin embargo, este trofoblasto puede presentar una verdadera transformación maligna e incluso tras su evacuación, puede permanecer confinada en la cavidad uterina, embolizar vagina o pulmones o transformarse en un coriocarcinoma. De ahí la importancia de su tratamiento radical con histerectomía y doble anexectomía<sup>3,4</sup> en pacientes de más de 40 años que, por lo demás, tienen mayor tendencia a la malignización.

Entre el 10 y el 30% de las molas completas evacuadas tienen persistencia de enfermedad trofoblástica, requiriendo tratamiento posterior<sup>1</sup>. Cuando el grupo de edad de las pacientes supera los 50 años, el riesgo de tumor trofoblástico llega al 8-20% pese a realizarse histerectomía como tratamiento inicial<sup>2</sup>. De todas las molas completas entre el 2-3% evolucionan a coriocarcinoma. La persistencia de la enfermedad se ha relacionado, además de con valores previos elevados de hCG como ya comentamos, y con edad avanzada<sup>6</sup>, con talla uterina muy aumentada, presencia de quistes tecaluteínicos y aparición del cuadro clásico de la enfermedad, aunque algunos autores encuentran una menor asociación de estos síntomas clásicos con la mola completa<sup>5,6</sup>. Se pone así de relieve la importancia del seguimiento en todas estas pacientes basa-

do en el control del descenso y normalización de la hCG tras el tratamiento, siendo a su vez útil la radiografía de tórax como prueba de rastreo de metástasis tempranas e incluso la resonancia magnética nuclear (RMN) para el estudio de lesiones metastásicas y detección de invasión<sup>8</sup>.

El diagnóstico temprano de la mola completa no ha disminuido la incidencia de enfermedad trofoblástica persistente, teniendo mayor importancia la edad al diagnóstico, con una incidencia del 56% en pacientes mayores de 50 años<sup>2</sup>.

Deberemos resaltar la importancia de mantener la sospecha de embarazo molar en las pacientes mayores de 50 años con sangrado vaginal dada su fácil orientación mediante hCG y ecografía y la importancia del tratamiento correcto y precoz. Eludiremos así retrasos diagnósticos y problemas asociados con las complicaciones como la anemia, las transfusiones, y las metrorragias que se prolongan en el tiempo y permiten el agravamiento del cuadro, realizando una valoración y tratamiento correctos que evitarán desagradables sorpresas.

## RESUMEN

El diagnóstico de mola hidatiforme en pacientes mayores de 50 años es difícil si no se sospecha clínicamente.

Presentamos el caso de una paciente de 54 años con metrorragias a la que diagnosticamos de mola hidati-

forme completa, destacando la importancia de la sospecha clínica que nos llevará a un diagnóstico fácil y rápido con la ecografía y la determinación de hCG sérica. El diagnóstico correcto y tratamiento precoz son fundamentales en estas pacientes para evitar complicaciones.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Silverberg SG, Kurman RJ. *Atlas of tumor pathology. Tumors of the uterine corpus and gestational trophoblastic disease. Atlas of Tumor Pathology* n.º 3; 233-250.
2. Davidson SA, Gottesfeld J, La Rosa FG. Molar pregnancy in a 60-year-old woman. *Int J Gynecol Obstet* 1997; 56: 53-55.
3. Albero MJ, Grifol R, Jiménez A, Montesinos ML, Burguete P, Tormos E. Mola hidatiforme en paciente de 56 años. *Clin Invest Gin Obstet* 1995; 22: 449-451.
4. Mungan T, Kuscu E, DabaKoglu T, Senoz S, Ugur M, Cobanoglu O. Hydatidiform mole: clinical analysis of 310 patients. *Int J Gynecol Obstet* 1996; 52: 233-236.
5. Felemban AA, Bakri YN, Alkharif HA, Altuwaijri SM, Shalhaub J, Berkowitz RS. Complete molar pregnancy. Clinical trends at King Fahad Hospital, Riyadh, Kingdom of Saudi Arabia. *J Reprod Med* 1998; 43: 11-13.
6. Soto-Wright V, Bernstein M, Goldenstein DP, Berkowitz RS. The changing clinical presentation of complete molar pregnancy. *Obstet Gynecol* 1995; 86: 775-779.
7. Lazarus E, Hulka C, Siewert B, Levine D. Sonographic appearance of early complete molar pregnancies. *J Ultrasound Med* 1999; 18: 589-594.
8. Sanz O, Madani B, Tobajas J, Villacampa A, Pérez A. Mola hidatídica coexistente con feto vivo. *Clin Invest Gin Obstet* 1998; 25: 300-302.