Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):8

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/2940 - Sangrado en primer trimestre de gestación ¿aborto u otra cosa?

C.M. Niño Azcárate[a], I. Espárrago García[b], M. Martín Mesa[c], R. Rodríguez Padilla[a] y F.J. Niño Azcárate[d]

[a]Médico de Familia. Centro de Salud Los Cristianos. Santa Cruz de Tenerife. [b]Médico de Familia. Hospitalización a Domicilio .HUC. Santa Cruz de Tenerife. [c]Médico de Familia. Centro de Salud San Isidro. Santa Cruz de Tenerife. [d]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio La Salud. Santa Cruz de Tenerife.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 24 años de edad, primigesta, que comienza con dolor y ligero sangrado vaginal en decima semana de gestación, se deriva a urgencias donde se diagnostica de aborto en curso y se cita en ginecología la semana con analítica. Acude a consulta a los 5 días refiriendo ausencia de sangrado y aporta analítica donde se objetiva elevación de la beta-HCG, por lo que se realiza ecografía abdominal en consulta que impresiona de enfermedad trofoblástica derivándose a urgencias donde se programa para legrado. La anatomía patológica confirma el diagnóstico de enfermedad trofoblástica tipo mola.

Exploración y pruebas complementarias: Ecografía transvaginal en urgencias: útero en retroversión. Imagen de saco gestacional desestructurado de 24 mm de contenido heterogéneo. Resto normal. Ecografía abdominal en centro de salud: imagen intrauterina heterogénea, de 40 × 24 m compatible con mola. Ovarios normales. No líquido libre. Anatomía patológica: restos deciduales con escasas vellosidades coriales, algunas de gran tamaño y presencia de cisternas. Hallazgos sugestivos de enfermedad trofoblástica tipo mola.

Juicio clínico: Enfermedad trofoblástica tipo mola.

Diagnóstico diferencial: 1. Gestación intrauterina normal con: error en la edad gestacional, mioma uterino o tumor ovárico. 2. Gestación múltiple. 3. Polihidramnios.

Comentario final: La enfermedad trofoblástica es más frecuente en países subdesarrollados, en gestantes de > 40 años o de < 20 años. El riesgo de recidiva se estima en un 3%. Entre los factores desencadenantes se ha descrito el déficit de ácido fólico y mayor tendencia en mujeres de grupo sanguíneo A con varones del grupo 0, de ahí la importancia de las consultas preconcepcionales en AP. La clínica es inespecífica: metrorragia del primer trimestre, molestias en hipogastrio, hiperemesis gravídica, tamaño uterino mayor al correspondiente por edad gestacional, por lo que el diagnóstico se establece mediante analítica (elevación β-HCG) y ecografía donde se objetiva una imagen característica, de ahí la importancia de disponer de esta herramienta en AP, dado su utilidad e inocuidad.

Bibliografía

1. Czernobilsky B, Barash A, Lance M. Partial Moles: a clinico-pathologic study of 25 cases. Obstet Gynecol. 1982;59:75-7.
2. Jauniax E, Kadre R, Hautin J. Partial mole and triploidy: screening patients with first trimester spontaneous abortion. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 1996;46:941-6.

Palabras clave: *Mola hidatiforme. Complicaciones del embarazo. Neoplasmas uterinos.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.