



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

P-314 - MOLA HIDATIFORME, A PROPÓSITO DE UN CASO

R. Santana Lora^a, A. Felipe Lemes^b y M. del Rosario del Rosario^c

^aCS Tudela de Duero. ^bCS Rondilla. ^cCS Casa del Barco.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 52 años de edad con antecedentes de fibroadenoma de mama derecha. 2 gestaciones, 2 partos, 0 abortos. Con FUR: 10/09/14. Acude a Consulta de Atención Primaria el día 12 de marzo de 2015 por metrorragia abundante de 3 días de evolución acompañada de náuseas, tensión mamaria, sensación de masa en hipogastrio, náuseas. Refiere dolor abdominal tipo cólico en ambas fosas ilíacas. No fiebre, no vómitos, no alteración del tránsito intestinal no clínica urinaria. En la consulta se realiza un test de embarazo en orina; el cual resulta positivo y ecografía abdominal con imagen uterina posible mola hidatiforme y por este motivo es derivada al servicio de urgencias para valoración por el servicio de ginecología.

Exploración y pruebas complementarias: Tensión arterial 150/90 mmHg, frecuencia cardiaca 115 latidos por minuto, Temperatura 36,6°C Saturación de oxígeno capilar de 98%. Abdomen blando, ruidos hidroaéreos positivos. Aumento de tamaño uterino como 16 semanas, dolor en hemiabdomen inferior, no signos de irritación peritoneal. Puñopercusión bilateral negativa. Ecografía transvaginal: útero en AV de 133 × 85 mm, con imagen compatible con mola hidatiforme. No se visualiza esbozo embrionario. Anejos no se visualizan. No líquido libre en Douglas. Analítica: hemoglobina: 10,3 g/dl, hematocrito: 29,8%, leucocitos: 9260. Test de gestación positivo, ?-gonadotropina coriónica: 303.021 mUI/ml. Anatomía patológica: mucosa endometrial compatible con mola parcial.

Juicio clínico: Metrorragia del primer trimestre. Sospecha de gestación molar.

Diagnóstico diferencial: Aborto, embarazo ectópico, error fecha última regla, embarazo múltiple, mioma asociado a gestación, hidramnios y hematometra.

Comentario final: La mola hidatiforme se define como los productos de la concepción que muestran inflamaciones macroscópicas como quistes de las vellosidades coriónicas que se deben a la acumulación de líquido. Hay desintegración y pérdida de vasos sanguíneos en el núcleo vellososo. Una mola parcial se presenta cuando un espermatozoide único fecunda un óvulo que retiene su núcleo, con la posterior duplicación de cromosomas, o cuando dos espermatozoides lo fecundan los cariotipos triploides posibles resultantes son 69 XXY, 69 XXX o 69 XYY. Los cromosomas de la mola parcial son solo cerca de dos tercios de origen paterno. Las molas parciales habitualmente muestran un feto y el líquido amniótico es visible. La transformación en una neoplasia maligna es mucho menos frecuente (5%) en el caso de molas parciales. El tratamiento de las molas consiste en la evacuación uterina por aspiración bajo control ecográfico. La clínica es fundamental en la orientación diagnóstica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Berkowitz RS, Goldstein DP, Current advances in the management of gestational trophoblastic disease. *Gynecol Oncol.* 2013;128:3-5.
2. McNeish IA, Strickland S, Holden L, Rustin GJ, J Low-risk persistent gestational trophoblastic disease: outcome after initial treatment with low-dose methotrexate and folinic acid from 1992 to 2000 *J Clin Oncol.* 2002;20:183.
3. Brewer JI, Eckman TR, Dolkart RE, Torok EE, Webster A, Gestational trophoblastic disease. A comparative study of the results of therapy in patients with invasive mole and with choriocarcinoma, *Am J Obstet Gynecol.* 1971;109:335-40.