



CASO CLÍNICO

Gestación en paciente mayor de cincuenta años. Mola hidatiforme completa

V. Zornoza-García*, Á. Luengo-Tabernero, A. Álvarez-Domínguez,
R. Carriles-Sastre y C. González-García

Obstetricia y Ginecología, Complejo Asistencial de León, León, España

Recibido el 13 de abril de 2009; aceptado el 19 de mayo de 2009

Disponible en Internet el 28 de octubre de 2009

PALABRAS CLAVE

Embarazo;
Enfermedad
trofoblástica
gestacional;
Mola hidatiforme
completa;
Perimenopausia

KEYWORDS

Pregnancy;
Gestational
trophoblastic
neoplasms;
Hydatidiform mole;
Perimenopause

Resumen

La enfermedad trofoblástica gestacional es más frecuente en las edades extremas de la vida. No ha de olvidarse como diagnóstico diferencial de las irregularidades menstruales en la perimenopausia. Aunque su confirmación es anatomopatológica, son de utilidad la ecografía transvaginal y la cuantificación de gonadotropina coriónica humana. En el caso que presentamos de mola hidatiforme completa, la enfermedad queda resuelta con un legrado aspirativo.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Pregnancy in a patient aged more than fifty years. Complete hydatidiform mole

Abstract

Gestational trophoblastic disease is more frequent in extreme ages of life and should be included in the differential diagnosis of menstrual disorders in the perimenopause. Although definitive diagnosis is pathological, transvaginal sonography and determination of human chorionic gonadotropin levels are useful. We present a case of complete hydatidiform mole, which was resolved with aspiration curettage.

© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La enfermedad trofoblástica gestacional se divide en dos tipos: mola hidatiforme y neoplasia trofoblástica gestacional. Los criterios diagnósticos se encuentran en la [tabla 1¹](#).

La mola hidatiforme se caracteriza histológicamente por proliferación trofoblástica descontrolada y edema del estroma vellosa. Aparece en uno de cada 1.000 embarazos.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico:

vzornoza@hotmail.com (V. Zornoza-García).

Tabla 1 Criterios para el diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional

<i>A. Mola hidatiforme</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Completa • Parcial 	
<i>B. Neoplasia trofoblástica gestacional - neoplasia trofoblástica gestacional posmolar:</i>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Las mismas cifras de nivel sérico de hCG ($\pm 10\%$) en cuatro cuantificaciones en un lapso de tres semanas o más (días 1, 7, 14 y 21) 2. Aumento mayor del 10% de hCG sérico en tres mediciones semanales consecutivas o más en un lapso de dos semanas o más (días 1, 7 y 14) 3. Siguen siendo detectables los niveles de hCG sérica durante seis meses o más 4. Criterios histológicos de coriocarcinoma 	
Criterios de la FIGO (Comité de Oncología de la FIGO, 2002)	
FIGO: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia; hCG: gonadotropina coriónica humana.	

Tabla 2 Características de las molas hidatiformes parcial y completa

Característica	Mola parcial	Mola completa
<i>Cariotipo</i>	69, XXX o 69, XXY	46, XX o 46, XY
<i>Imagen histopatológica</i>		
Embrión-feto	Suele estar presente	Ausente
Amnios, eritrocitos fetales	Suele estar presente	Ausente
Edemas de vellosidades	Variable, focal	Difuso
Trofoblástico	Variable, focal, leve o moderado	Variable, leve o intenso
<i>Cuadro clínico inicial</i>		
Diagnóstico	Aborto retenido	Gestación molar
Tamaño del útero	Feto pequeño para edad gestacional	El 50% grande para edad gestacional
Quistes de teca luteínica	Raros	25–30%
Complicaciones médicas	Raras	Frecuentes
Neoplasia trofoblástica gestacional	<5–10%	20%

Tabla 3 Factores de riesgo de neoplasia trofoblástica gestacional

<ol style="list-style-type: none"> 1. Edad materna >40 años 2. β-hCG sérica >100.000 mU/ml 3. Útero significativamente mayor que amenorrea 4. Quistes tecluteínicos >5 cm 5. Mola completa con cromosoma Y 6. Retraso en la evacuación superior a 4 meses 7. Antecedente de enfermedad trofoblástica gestacional 8. Manifestaciones clínicas severas 9. Grupo sanguíneo de los padres O/A o A/O
β -hCG: beta de la gonadotropina coriónica humana.

Su riesgo aumenta con la existencia de un embarazo molar previo, pasando a uno de cada 55 embarazos².

La presencia o ausencia de feto o de elementos embrionarios permite clasificarla como parcial o completa,

respectivamente (tabla 2). La mola hidatiforme completa es la más frecuente. Tiene un cariotipo 46XX en el 85% de los casos y todas las cromátides provienen del padre. El 40% progresa a neoplasia trofoblástica gestacional en presencia de factores de riesgo, reduciéndose al 5% en ausencia de éstos (tabla 3)³.

Caso clínico

Presentamos el caso de una paciente de 56 años sin embarazos previos, que acudió a consulta por amenorrea de diez semanas. Hasta dicho momento menstruaba regularmente. No presentaba ninguna otra sintomatología.

El test de embarazo resultó positivo. Se realizó ecografía transvaginal que demostró anejos normales y una imagen endometrial sugestiva de enfermedad trofoblástica. La subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana (β -hCG) fue de 67.000 mU/ml. El resto de las pruebas diagnósticas (tomografía axial computarizada, radiografía de tórax y analítica) fue normal.

Se realizó legrado evacuador; el estudio anatomopatológico concluyó “mola hidatiforme completa”. Diez días después del legrado, la β hCG se había reducido a 692 mU/ml.

Se aconsejó histerectomía abdominal con doble anexectomía, dada la edad de la paciente, lo que ésta no aceptó. Se realizaron controles seriados con β -hCG, ecografía y radiología hasta la confirmación de la remisión de la enfermedad. En la actualidad, la paciente se encuentra en buen estado de salud.

Discusión

El cuadro semiológico clásico de la mola (aumento rápido del tamaño uterino, metrorragia, hiperemesis, tirotoxicosis, expulsión de vesículas por la vagina, preeclampsia precoz y embolización pulmonar) ha desaparecido⁴.

El diagnóstico se realiza precozmente gracias a la ecografía y a la medición cuantitativa de los niveles séricos de β -hCG, que suele ser mayor del esperado para la edad gestacional (cifras ≥ 200.000 mU/ml son muy sugestivas). La imagen ecográfica es característica: una cavidad endometrial ocupada por multitud de ecos de baja amplitud en “copos de nieve” o “panal de abejas”. La presencia de zonas anecoicas es debida a hemorragias intratumorales. La ecografía Doppler es útil para estudiar las arterias ilíacas, uterinas y tumorales, y puede detectar la invasión del miometrio o la recurrencia de la enfermedad⁵.

El tratamiento debe ser inmediato: evacuación uterina (legrado por aspiración). No se recomiendan los agentes oxitócicos ni la preparación del cérvix con prostaglandinas previos al legrado, como suele ser el protocolo habitual en la mayoría de hospitales ante un aborto diferido, pues las contracciones uterinas pueden facilitar la embolización del material trofoblástico³.

Si la gestante tiene el grupo sanguíneo Rh negativo, se administra la inmunoglobulina anti-D en las primeras 48–72 h tras la evacuación. En mujeres mayores de 40 años y con deseos genésicos cumplidos, se prefiere la histerectomía por la posibilidad de recidiva⁶.

El seguimiento debe hacerse mediante determinación de β -hCG semanal hasta llegar al valor normal, que ha de comprobarse en tres analíticas consecutivas; después mensualmente hasta un total de seis a doce meses. Se completa la vigilancia con ecografía ginecológica y radiografía de tórax. Se considera la quimioprofilaxis (metotrexate o actinomicina D) en mujeres de alto riesgo si es imposible la vigilancia seriada. En embarazos posteriores, se recomienda el estudio histológico mediante legrado, tras el aborto o el alumbramiento, para excluir enfermedad recurrente⁷.

Se pretende con este caso dar importancia a los años de la perimenopausia. La mayoría de las mujeres alrededor de los cincuenta años que acuden a consulta lo hacen por irregularidades menstruales y son diagnosticadas de ciclos anovulatorios, insuficiencia de fase lútea, pólipos endometriales y cervicales, etc. Tanto el clínico como la paciente no deben olvidar que sigue existiendo, aunque muy reducida, la posibilidad de gestación⁸.

El embarazo en la madurez va a ir frecuentemente acompañado de importante patología. De igual manera, la enfermedad trofoblástica se presenta con una incidencia diez veces mayor en edades extremas de la vida (menores de 15 años y mayores de 45 años)⁹. Existen cuatro casos descritos en la literatura médica de mola hidatiforme en paciente posmenopáusica².

Se plantea, por tanto, la necesidad de educación sexual en mujeres próximas al climaterio y la posibilidad de mantener la anticoncepción hasta la llegada de éste.

Bibliografía

1. Van Trommel NE, Sweep FC, Schijf CP, Massuger LF, Thomas CM. Diagnosis of hydatidiform mole and persistent trophoblastic disease: Diagnostic accuracy of total human chorionic gonadotropin (hCG), free hCG $\{\alpha\}$ - and $\{\beta\}$ -subunits, and their ratios. *Eur J Endocrinol*. 2005;153:565–75.
2. García M, Romaguera RL, Gómez-Fernández C. A hydatidiform mole in a postmenopausal woman. A case report and review of the literature. *Arch Pathol Lab Med*. 2004;128:1039–42.
3. SEGO. Embarazo molar y enfermedad trofoblástica gestacional. Protocolos asistenciales en Ginecología y Obstetricia. Actualizaciones 2003 y 2005 [citado 11 Nov 2008]. Disponible en: URL: www.prosego.com.
4. Hou JL, Wan XR, Xiang Y, Qi QW, Yang XY. Changes of clinical features in hydatidiform mole: Analysis of 113 cases. *J Reprod Med*. 2008;53:629–33.
5. Mangili G, Garavaglia E, Cavoretto P, Gentile C, Scarfone G, Rabiotti E. Clinical presentation of hydatidiform mole in northern Italy: Has it changed in the last 20 years? *Am J Obstet Gynecol*. 2008;198:302.
6. Tsukamoto N, Iwasaka T, Kashimura Y, Uchino H, Kashimura M, Matsuyama T. Gestational trophoblastic disease in women aged 50 or more. *Gynecol Oncol*. 1985;20:53–61.
7. Dresang LT. A molar pregnancy detected by following \hat{O} -human chorionic gonadotropin levels after a first trimester loss. *J Am Board Fam Pract*. 2005;18:570–3.
8. Abike F, Temizkan O, Payasli A, Avsar F, Karahan N, Baspinar S. Postmenopausal complete hydatidiform mole: A case report. *Maturitas*. 2008;59:95–8.
9. Altman AD, Bentley B, Murray S, Bentley JR. Maternal age-related rates of gestational trophoblastic disease. *Obstet Gynecol*. 2008;112:244–50.