



HOSPITAL  
INTERZONAL  
GENERAL  
"DR JOSÉ PENNA"  
BAHIA BLANCA

# MOLA HIDATIFORME COMPLETA DE ALTO RIESGO

SCARCELLA MILEA, Carla

DELIEUTRAZ, Gisele

ARÉVALO, Julián

CÓRDOBA, Brenda

# PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 32 años, consulta por dolor hipogástrico de 2 meses de evolución con hiperemesis.

Al examen físico, tumoración palpable en hipogastrio.

Test de embarazo negativo referido por la paciente.

Laboratorio al ingreso: subunidad beta-HCG 890.000 mUI/ml, resto dentro de límites. Se realizan estudios por imágenes: Ecografía ginecológica y Resonancia con Gadolinio. Se efectúa evacuación uterina por AMEU. Valor de control de sub beta a las 24 hs posteriores al procedimiento: 15.000 mUI/ml.

# HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS ECOGRAFÍA



Endometrio engrosado de 54 mm, con múltiples imágenes líquidas y flujo vascular Doppler.

Adelgazamiento miometrial.

Imágenes quísticas en ambos anexos menores de 45 mm.

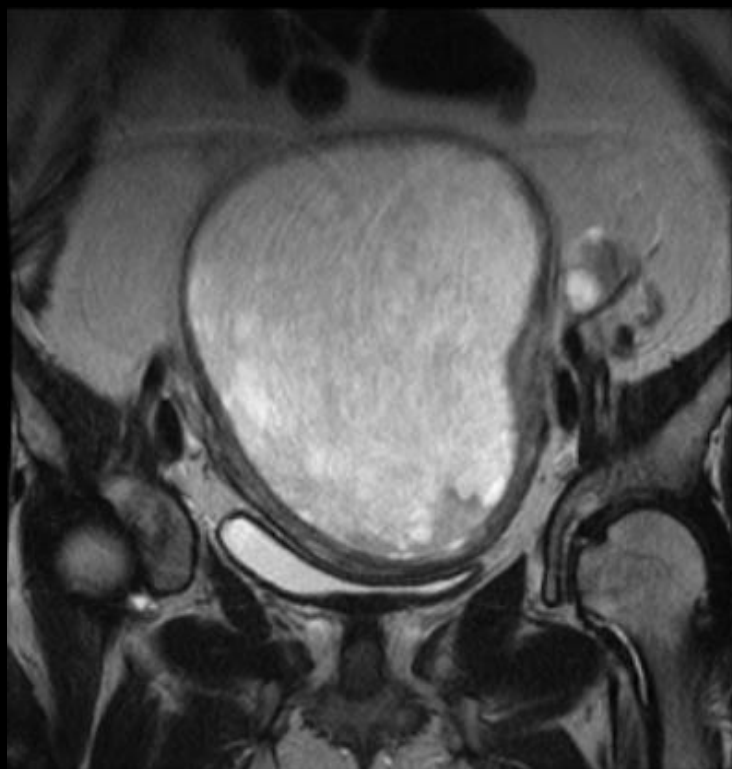
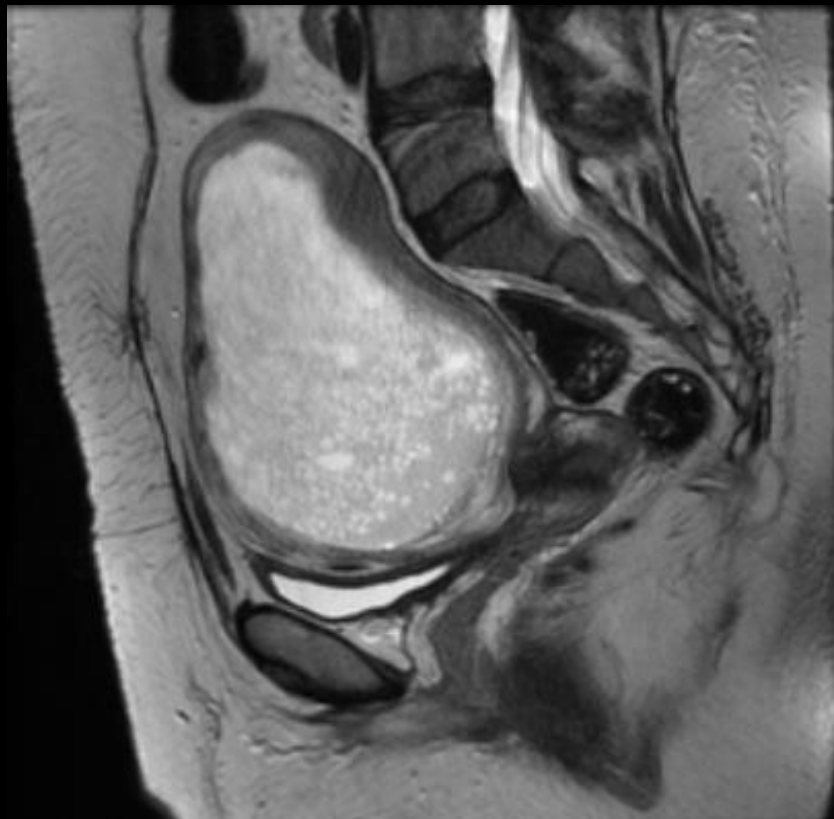
No se identifican estructuras fetales.

# RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR – T1

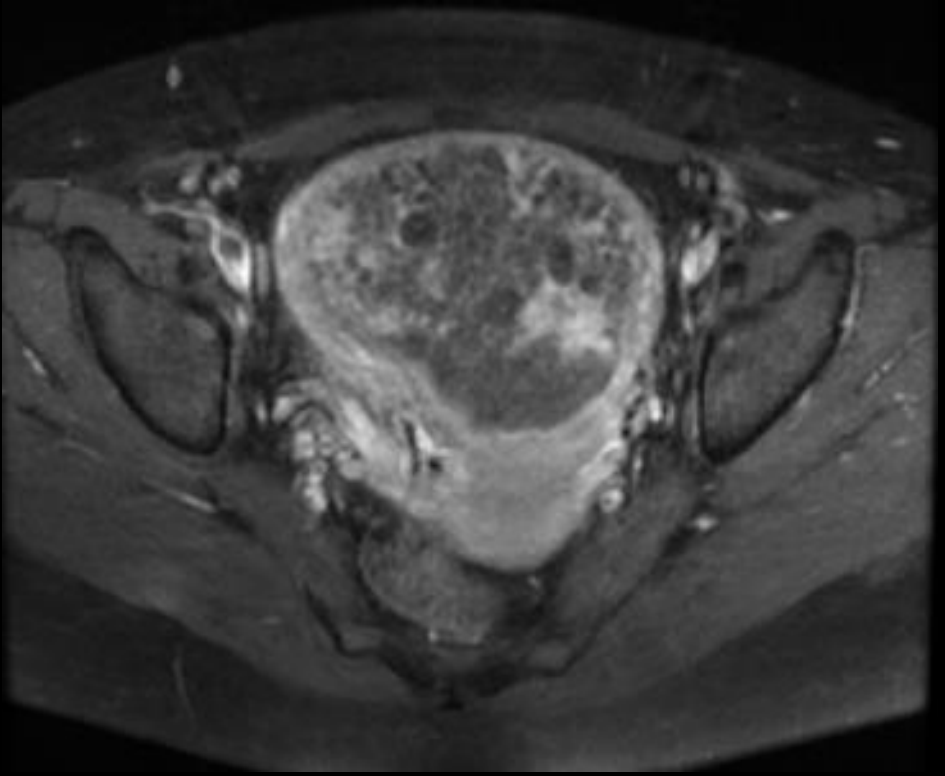


Formación endometrial, de 130 x 80 mm, heterogénea, hipointensa en T1 e hiperintensa en T2, con áreas que restringen en difusión, captan heterogéneamente el medio de contraste, y produce afinamiento miometrial.

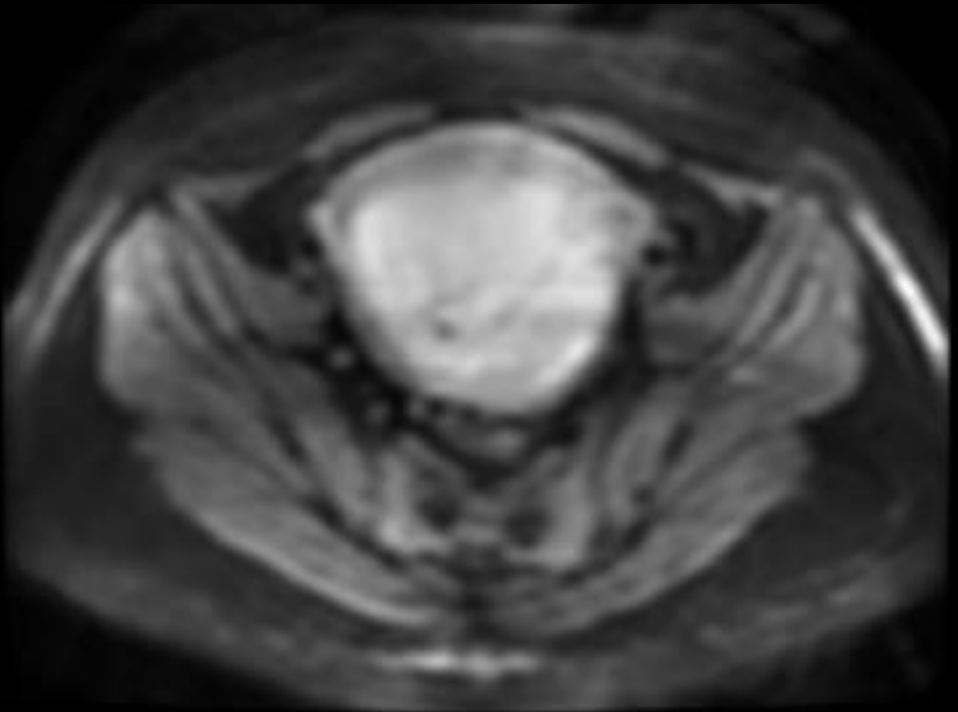
# RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR – T2



**GADOLINIO**



**DIFUSIÓN**

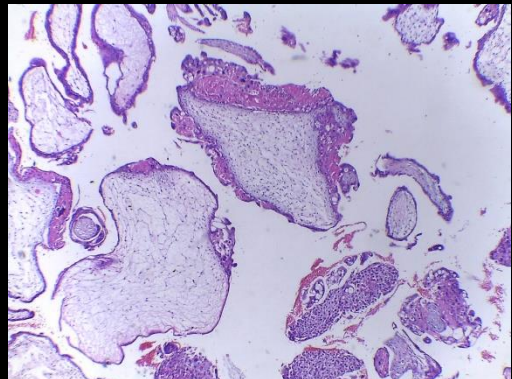
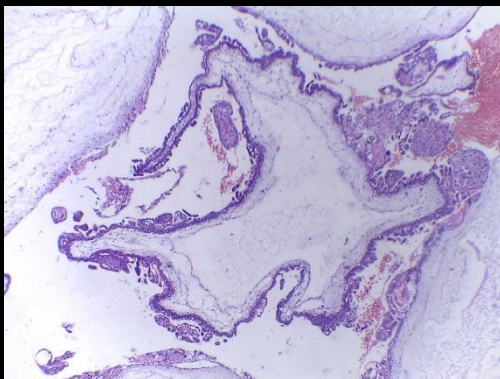
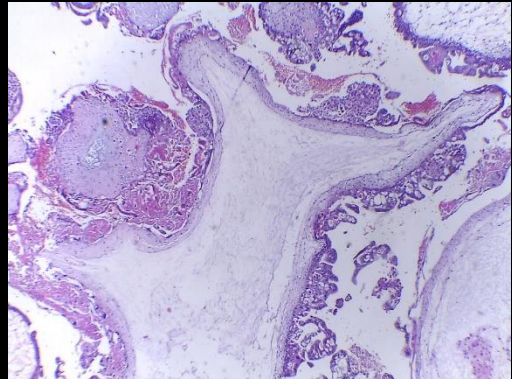
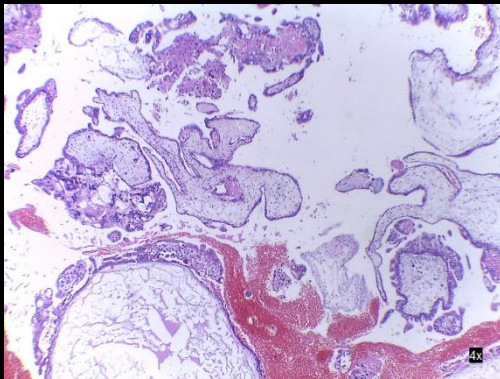


# ANATOMÍA PATOLÓGICA

Macroscópicamente, tejido pardo amarronado y blando, de aspecto decidual, vellosa, membranosa, entre los que se identifican vesículas, la mayor de 0.5 cm de diámetro máximo. Se procesa de manera habitual y se colorean con Hematoxilina-Eosina.

Microscópicamente, presencia de numerosas vellosidades placentarias de gran tamaño, con abundante edema estromal, con cisternas, rodeadas por trofoblasto no polar con atipía. No se observa tejido miometrial.

Con estos hallazgos, el diagnóstico fue **«Enfermedad Gestacional Trofoblástica Molar (ETG): Mola Hidatiforme Completa»**.

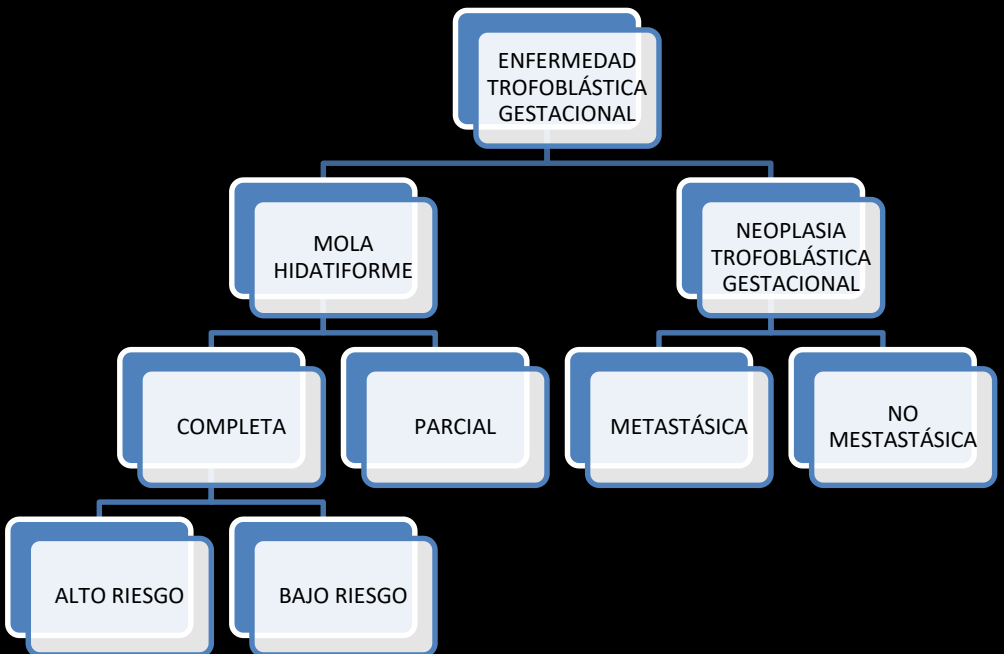


# DISCUSIÓN

La Enfermedad Trofoblástica Gestacional (ETG) se define como una complicación poco común de la gestación, caracterizada por la proliferación anormal de tejido trofoblástico.

Su incidencia oscila entre 1.5 a 6 cada 1000 embarazos.

Incluye la ETG benigna (mola hidatiforme parcial y completa) y patologías malignas (mola hidatiforme invasora, coriocarcinoma, tumor del sitio placentario y tumor trofoblástico epitelial).





La mola hidatiforme completa se caracteriza por la ausencia de tejido fetal, degeneración hidrópica de las vellosidades coriales e hiperplasia extensa del tejido trofoblástico, como en nuestro caso.

El riesgo de progresar a neoplasia trofoblástica gestacional está alrededor del 15 al 20% si no cursa con factores de riesgo, pero asciende al 30% si presenta alguno de los siguientes: niveles de HCG-subunidad beta > 100.000 mUI/ml; crecimiento uterino exagerado para la edad gestacional, quistes teca-luteínicos mayores de 6 cm y edad mayor a 40 años.

En estos casos, existe evidencia de que el uso de quimioterapia profiláctica (metotrexato y actinomicina) disminuye este riesgo, aunque se requiere la realización de estudios con mayor calidad metodológica.

# CONCLUSIÓN

Es importante definir desde el inicio si la mola presenta bajo o alto riesgo de progresión a neoplasia trofoblástica gestacional.

Para ello, es fundamental la realización de ecografías seriadas, sumada a la determinación de la subunidad beta HCG y otros estudios de imágenes según protocolo, a fin de considerar el uso de quimioterapia profiláctica en casos seleccionados y brindar asesoramiento en cuanto la planificación familiar.