

Hysterectomy due to complete molar pregnancy. Case report.

Histerectomía por embarazo molar completo. Reporte de caso.

Autores:

Llivicura-Sucuzhañay, Javier Armando
Universidad Católica de Cuenca
Estudiante
Cuenca – Ecuador



jalivicuras60@est.ucacue.edu.ec



<https://orcid.org/0009-0000-6681-331X>

Dr. Mejia-Campoverde, Lauro Hernán
Universidad Católica de Cuenca
Especialista en ginecología y obstetricia, Docente
Cuenca – Ecuador



lmejia@ucacue.edu.ec



<https://orcid.org/0009-0002-2449-9363>

Citación/como citar este artículo: Llivicura Sucuzhañay Javier; Mejia Campoverde, Lauro. (2023).
Histerectomía por embarazo molar completo. Reporte de caso. MQRInvestigar, 7(3), 1208-1221.

<https://doi.org/10.56048/MQR20225.7.3.2023.1208-1221>

Fechas de recepción: 01-JUN-2023 aceptación: 19-JUL-2023 publicación: 15-SEP-2023



<https://orcid.org/0000-0002-8695-5005>
<http://mqrinvestigar.com/>

Resumen

Antecedentes: La mola hidatiforme es una anomalía premaligna desde el punto de vista histológico que se origina de la formación de un tejido anormal durante el embarazo que en condiciones normales termina en la formación de la placenta. Entre sus variantes se encuentra la completa e incompleta, su tratamiento se realiza mediante legrado, sin embargo, la histerectomía de la cual se han reportado pocos casos tiene limitadas indicaciones para manejo de la enfermedad.

Descripción del caso: Paciente Femenina 47 años de edad, casada, acude por presentar cuadro clínico de dolor abdominal localizado en hipogastrio de intensidad 6/10 de inicio progresivo de 2 semanas de evolución, indica que el dolor es tipo cólico con periodos de exacerbación y remisión. En las últimas 8 horas, el dolor se exagera a 9/10 tipo cólico, se irradia a región pélvica, razón por la que acude a la unidad de salud donde tras valoración se decide referir a centro especializado.

Conclusiones: La mola hidatiforme completa es una patología de incidencia baja, clínica variable y de presentación que cursa como un embarazo normal, por lo que su diagnóstico y tratamiento deben constituir un manejo adecuado. Ante la sospecha de un embarazo molar es indispensable realizar el abordaje de acuerdo a los protocolos de manejo. Es importante tener alta sospecha diagnóstica, para evitar las complicaciones a largo plazo. Las complicaciones asociadas dependerán del retraso en el diagnóstico. Es importante desarrollar protocolos diagnósticos para el abordaje terapéutico y recuperación quirúrgica.

Palabras claves: “Enfermedad trofoblástica gestacional”; “Neoplasia trofoblástica gestacional”; “Mola hidatidiforme”; “Tumores trofoblásticos”; “Mola”.

Abstract

Background: The hydatidiform mole is a pre-malignant histological anomaly originating from the formation of abnormal tissue during pregnancy, which under normal conditions ends in the formation of the placenta. Its variants include complete and partial moles, and its treatment is typically through curettage. However, hysterectomy, of which few cases have been reported, has limited indications for disease management.

Case description: A 47-year-old female patient, married, presented with symptoms of abdominal pain localized in the hypogastrium of intensity 6/10, progressively developing over 2 weeks. She reported the pain as colicky with periods of exacerbation and remission. In the last 8 hours, the pain increased to 9/10 in colicky type, radiating to the pelvic region, leading her to seek medical attention at a health unit where, after evaluation, it was decided to refer her to a specialized center.

Conclusions: The complete hydatidiform mole is a low-incidence pathology, with variable clinical presentation that often resembles a normal pregnancy. Therefore, its diagnosis and treatment must constitute adequate management. In the face of a suspected molar pregnancy, it is essential to approach the case in accordance with management protocols. High diagnostic suspicion is crucial to avoid long-term complications, which will depend on the delay in diagnosis. It is important to develop diagnostic protocols for therapeutic approach and surgical recovery.

Keywords: "Gestational trophoblastic disease"; "Gestational trophoblastic neoplasia"; "Hydatidiform mole"; "Trophoblastic tumors"; "Mole".

Introducción

La mola hidatiforme es una anomalía premaligna desde el punto de vista histológico que se origina de la formación de un tejido anormal durante el embarazo que en condiciones normales termina en la formación de la placenta (1). De acuerdo a su patogénesis, la mola hidatiforme se produce por gametogénesis y fertilización anormal (2). Desde el punto de vista histológico se divide en mola hidatiforme completa (CHM) y mola hidatiforme parcial (PHM) (3). La mola hidatiforme completa resulta de la fertilización de un óvulo por un espermatozoide haploide y la mola parcial se da por la fertilización de un óvulo haploide por 2 espermatozoides haploides (4). La incidencia de esta patología a nivel mundial es de 0.57 a 2 por cada 1000 embarazos (5). La cual aumenta según la localización geográfica y las diferencias étnicas y raciales individuales (6). En relación con los grupos de edad es más frecuente en los extremos de la vida reproductiva de la mujer (< 15 o > 45 años) aumentando después de los 35 años y durante la adolescencia (7). Entre las pruebas diagnósticas, la gonadotropina coriónica humana es uno de los métodos diagnósticos de esta patología porque es un marcador tumoral específico producido por la mola hidatiforme y se mide cuantitativamente en sangre u orina (8). El tratamiento de elección se basa en una aspiración manual endouterina o legrado, independientemente del tamaño del útero. La histerectomía es una alternativa terapéutica porque disminuye la necesidad de quimioterapia al eliminar una posible invasión del miometrio en el caso de una enfermedad trofoblástica persistente (9). El riesgo de desarrollar un tumor trofoblástico aumenta cuando hay el antecedente de un embarazo molar anterior (10). La mola hidatiforme ya sea parcial o completa es una patología infra diagnosticada con repercusión directa en la morbilidad, el seguimiento de la paciente se debe realizar de 6 a 12 meses mediante la medición de hCG (11).

Justificación

La mola hidatiforme completa es una patología de incidencia baja, clínica variable y de presentación que cursa como un embarazo normal, por lo que su diagnóstico y tratamiento deben constituir un manejo adecuado (12). Su incidencia aumenta de acuerdo al lugar de origen, siendo más frecuente en sectores rurales y los extremos de la vida. A pesar de que su morbilidad es menor al 1% su impacto económico relacionados con la estancia hospitalaria representan el 2% de los recursos destinados a los sistemas de salud (13). El

reporte de caso de Mola Hidatiforme es una prioridad de investigación del Ministerio de Salud Pública en la línea enfermedades congénitas. Por lo tanto, se presenta el reporte de un caso de una paciente de 47 años de edad con diagnóstico de mola hidatiforme completa. Los beneficiarios serán directamente la población gestante en etapas extremas de la vida reproductiva en quienes es más frecuente esta enfermedad. El aporte académico será mediante la documentación del caso en el repositorio y su difusión ayudará a los profesionales del área de la salud a seleccionar mejor el enfoque diagnóstico y terapéutico de esta patología.

Objetivos de la investigación

Objetivo general:

Describir el caso de una paciente de 47 años de edad con mola hidatiforme completa que se le realizó histerectomía en una casa de salud de Azogues.

Objetivos Específicos:

1. Revisar la literatura sobre la mola hidatiforme.
2. Detallar cronológicamente el tratamiento de la mola hidatiforme del caso.
3. Indicar los resultados de anatomía patológica de la paciente.
4. Comparar la terapéutica del caso con la literatura.

Resultados

(Paciente de 47 años de edad, Mestiza, con antecedente clínico de hipertensión arterial en tratamiento con enalapril. DMT 2 en tratamiento con metformina, con antecedente gineco-obstétrico gestas 8, partos 6 (1 embarazo gemelar), abortos 1. Al momento cursando con embarazo de 12.4 semanas de gestación con periodo intergenésico de 15 años. Su fecha de última menstruación fue el 22/12/2022 con fecha Probable del parto 05/09/2023. No tiene controles, no ha tomado hierro, ácido fólico, no se ha realizado exámenes de control. Acude por cuadro clínico de dolor abdominal localizado en hipogastrio de intensidad 6/10 de inicio progresivo de 2 semanas de evolución, indica que el dolor es tipo cólico con periodos de exacerbación y remisión. No se automedica, el dolor no se irradia, como síntomas acompañantes refiere náusea. En las últimas 8 horas, el dolor se exacerba a 9/10 tipo cólico

se irradia a región pélvica razón por la que acude a la unidad de salud donde tras valoración se decide referir a esta casa de salud el día 20 de marzo del 2023.

Nota: En la anamnesis paciente indica no saber que se encontraba embarazada, el diagnostico se había realizado en la casa de salud de la cual fue referida

Al examen físico T: 36.5°C, TA: 145/90 mmHg, FC: 85 LPM, FR 18RPM, Sat O2: 99% con FiO2; 21.

En el examen ginecológico: se evidencia presencia de panículo adiposo en gran cantidad, al tacto bimanual útero aumentado de tamaño aproximadamente 10 cm, al tacto vaginal no se evidencia secreciones ni estigmas de sangrado. Orificio cervical externo cerrado.

Ecografía Ginecológica: útero en anteversión, incrementado de tamaño, se visualiza masa central, heterogénea con múltiples espacios quísticos, mide aproximadamente 90x87 mm Cérvix cerrado, vascularidad normal. Fondo de saco de Douglas libre. A considerar: enfermedad trofoblástica gestacional (mola hidatiforme).

Figura 1

Ecografía ginecológica



Fuente: departamento de imagen de la unidad de salud

Exámenes de laboratorio: Se deciden realizar exámenes de laboratorio

Tabla 1

Exámenes complementarios

EXAMENES COMPLEMENTARIOS						
LABORATORIO	20/3/23	21/3/23	22/3/23	22/03/22	28/03/23	Rangos
Leucocitos	6.35			6.1		5000-10000mm ³
Neutrófilos	69			43		60-70 %
Linfocitos	21.60			20		30-40 %
Monocitos	4.60			5.40		0-4 %
Eosinófilos	3			3.60		0-5 %
Basófilos	0.30			0.30		0-1 %
Glóbulos Rojos	4.29			4.14		4.5-5.5 Fl
Hemoglobina	12.60			12.1		15.4 g/dl
Hematocrito	36.50			34.8		40-44 %
VCM	82			84		85-100 fl
HCM	29.40			29.		28-35 pg
CHCM	35.5			34.8		32-26 mg/dl
Plaquetas	150			150000		15000-450000 mm ³
INR	1.13			1.04		HASTA 1.30
TP	14.2			13.3		12.5-16
TPT	32			33.8		25-40
SARS-COV-2				-		Negativo
GLUCOSA				76.3		70-105 mg/dl
UREA	12.3			17.9		15-45 mg/dl
CREATININA	0.44			0.50		0,50-0.90 mg/dl
ACIDO URICO	4.80					2.6-7.2
BILIRRUBINA TOTAL	0,84					MENOR 1
BILIRRUBINA DIRECTA	0.20					MENOR 0.20
BILIRRUBINA INDIRECTA	0.64					
TGP	22.6					MENOR A 40
TGO	30.4					MENOR A 40
HB1AC	5.5					4.5-7.5

BHCG CUANTITATIVA		54148			20302	
BHCG CUALITATIVA	Positivo					
HbsAg	Negativo		Negativo			
HIV	Negativo		Negativo			
SIFILIS	Negativo		Negativo			
EMO	Negativo					
TSH		0.03				0.27-4.20
T3		4.1				2.0-4.4
T4		1.74				0.93-1.70

Con los resultados obtenidos, se establece diagnóstico mola hidatiforme, por los antecedentes de la paciente se decide evaluar la mejor opción terapéutica, por lo que se realiza sección médica de ginecología, se decide realizar histerectomía. Sin embargo, a la visita preanestésica se evidencia hipertensión arterial, además paciente presenta epistaxis, razón por la que se decide diferir procedimiento quirúrgico, paciente permanece hospitalizada, se decide controlar la tensión arterial, el día 25 de marzo presenta sangrado transvaginal y exacerbación del dolor en hipogastrio, al quinto día se logra estabilizar tensión arterial y no se evidencian estigmas de sangrado transvaginal, se decide realizar histerectomía abdominal con hallazgos quirúrgicos: útero de 15x15 centímetros y sangrado de 500 cc aproximadamente.

Figura 2

Imagen de respaldo de registro quirúrgico “mola hidatiforme”



Se inicia plan de recuperación acelerada el cual es tolerado, paciente tras evolución postquirúrgica es dada de alta médica. A los 14 días postquirúrgicos se realiza retiro de puntos y se envía con referencia a unidad de salud tipo B para control y seguimiento.

A los 15 días se recibe examen histopatológico que reporta cuadro compatible con enfermedad trofoblástica.

Marco teórico

La enfermedad trofoblástica en la mujer embarazada tiene una incidencia del 0,5 a 1 por cada 1000 embarazos (11). Desde el punto de vista histopatológico la enfermedad trofoblástica se divide en: mola hidatiforme completa y mola hidatiforme parcial (12). Morfológicamente, la mola hidatiforme se caracteriza por la presencia de tejido trofoblástico hiperplásico, más edema a nivel de las vellosidades coriónicas, la visualización macroscópica de estos hallazgos suele asemejarse a un racimo de uvas (13). En cuanto a la fisiopatología, la mola hidatiforme completa es una enfermedad de índole genético, cuyo desarrollo se debe a la fecundación de un óvulo genéticamente incompetente, es decir, carente de actividad, por lo tanto, en el cigoto se expresan los cromosomas del sexo masculino, en consecuencia, según su cariotipo solo pueden ser XX en el 90% y XY en el 10% (14). En el caso de la mola hidatiforme parcial, sucede lo contrario, en este caso el óvulo es competente y activo, sin embargo, al ser fecundado por un espermatozoide diploide se produce la enfermedad, en estos casos según su cariotipo pueden ser 69XXY (70%), 69XXX (27%) y 69XYY (3%) (15). Es posible que coexista una mola hidatiforme con feto vivo, en caso de embarazo gemelar, en la actualidad solo se han reportado 300 casos y se consideran embarazos de alto riesgo por las complicaciones obstétricas (16). Las pacientes con un embarazo molar, suelen presentar tamaño uterino desproporcional en relación con la edad gestacional, menorragias y pueden eliminar restos hidatiformes entre las 10 a 12 semanas de gestación (17). El parámetro de laboratorio para establecer el diagnóstico es la detección serológica de niveles elevados de BHCG, que pueden llegar a ser mayores a 100000 mUI/ml (18). Se ha observado que la mola hidatiforme en el 80% de los casos suele ser benigna, sin embargo, se ha reportado un 3% de conversión a neoplasias malignas como la coriocarcinoma (19). En relación con el tratamiento de la mola hidatiforme este debe ser individualizado en relación con las características de las pacientes, el tratamiento general

incluye el legrado más aspiración de los restos trofoblásticos, con posterior seguimiento para evaluar la presencia de detritus que podrían desencadenar neoplasia trofoblástica, sangrado persistente o infección (20). En la actualidad el uso de uterotónicos como método de evacuación de la mola no es recomendado (21). En el metaanálisis de Zhao et al (22) que busco analizar el empleo de la histerectomía como tratamiento de elección en embarazos molares, se concluyó que esta debe ser indicada en pacientes mayores de 40 años con paridad satisfecha, incluso se recomienda prescribir tratamiento sistémico a base de inmunomoduladores, se debe sospechar de neoplasia trofoblástica cuando los niveles de hCG se mantienen o aumentan después de la evacuación del útero o son >20 000 UI/L a las 4 semanas después de la cirugía.

Discusión

La mola hidatiforme es una enfermedad trofoblástica gestacional, con excelente respuesta al tratamiento. En el estudio de Sanabria Et al (24) se encontró que la prevalencia estimada de la mola hidatiforme es variable, en Pakistán es de 4 casos por 1000 embarazos, en Nigeria 6 por 1000 embarazos, Países bajos 2 por cada 1000 embarazos. En el estudio de Leible Et al (25), se estimó que la prevalencia de mola hidatiforme en Latinoamérica es de 23 por cada 100000 embarazos, la incidencia global es de 1 a 3 casos por 1000 embarazos. En el estudio de Huanca Et al (26) en relación con los factores de riesgo se encontró que la edad de presentación fue el 14% segunda y el 45% a partir de la tercera década de la vida, se asoció con el tipo sanguíneo preferentemente grupo Rh positivo 86% y B 83%, las mujeres con abortos recurrentes presento un riesgo 3,17 veces mayor de presentar la enfermedad, además que el 55% de pacientes con mola hidatiforme fue múltipara. En contraposición en el estudio de Mdoe et al (27) en Latinoamérica se ha asociado la mola hidatiforme al grupo sanguíneo ORH positivo en el 98%. En relación con las características de la mola se observó en el estudio de Raymi Et al (28) que el 65% de la población presento mola completa, datos que fueron semejantes a los obtenidos en otros países como Nigeria 57% y Omán 43%, en la Latinoamérica los datos son diferentes al ser la mola invasiva la más frecuente 20% y la coriocarcinoma en el 46%.

En relación con el tratamiento, en el estudio de Makhathini Et al (29) se realizó histerectomía en el 4,2% de las pacientes quienes tenían mola completa y tratamiento

farmacológico y quimioterapéutico fallido. Datos similares se encontraron en el estudio de Matos Et al (30) en el que se realizó un análisis retrospectivo del tratamiento de la enfermedad trofoblástica encontrando que al 70% de los pacientes se realizó Aneu, el 4,2% requirió histerectomía primaria y el 5% al ser quimio resistente se optó por histerectomía, en relación con la quimioterapia se observó que más del 40% recibió terapia por agente único con metotrexato y el 4,18% terapia múltiple en combinación de metotrexato más acitomicina D, se debe destacar que en el 3% de los casos de tratamiento con agente único se reportó quimiorresistencia por lo que el 96% de las pacientes termino en terapia múltiple.

Conclusiones: La mola hidatiforme completa es una patología de incidencia baja, clínica variable y de presentación que cursa como un embarazo normal por lo que su diagnóstico y tratamiento deben constituir un manejo adecuado. Ante la sospecha de un embarazo molar es indispensable realizar el abordaje de acuerdo a los protocolos de manejo. Es importante tener alta sospecha diagnóstica, para evitar las complicaciones a largo plazo. Las complicaciones asociadas dependerán del retraso en el diagnóstico. Es importante desarrollar protocolos diagnósticos para el abordaje terapéutico y recuperación quirúrgica.

Referencias bibliográficas

1. Moscoso O, Et al. Embarazo gemelar con mola hidatiforme completa y feto vivo asociado: reporte de un caso y revisión bibliográfica. Revista Española de Patología. 2022
2. Ngan HYS, Et al. Update on the diagnosis and management of gestational trophoblastic disease. Int J Gynecol Obstet. 2018
3. Espinoza Artavia A, Et al. Actualización en patología trofoblástica gestacional: mola hidatiforme y neoplasias. Rev.méd.sinerg. 2019;4(5):44-59.
4. Shaaban AM, Et al. Gestational Trophoblastic Disease: Clinical and Imaging Features. RadioGraphics. marzo de 2018.
5. García Moreno RM, Et al. Hipertiroidismo como manifestación de la enfermedad trofoblástica gestacional: a propósito de un caso. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia. 2019
6. Gajewska M, Et al. Twin pregnancy with a partial hydatidiform mole and a coexistent live fetus. Diagnostic and therapeutic dilemmas. A case report and the review of

- literature. Ginekol 2020
7. Ghassemzadeh S, Et al. Hydatidiform Mole 2023. StatPearls 2023 Jan-. PMID: 29083593.
 8. Sileo FG, Et al. Complete hydatidiform mole in higher-order multiple pregnancies. Minerva Obstet Gynecol. 202. doi: 10.23736/S2724- 606X.21.05031-4.
 9. Soper JT, Et al. Gestational Trophoblastic Disease: Current Evaluation and Management. Gynecol. 2021 doi: 10.1097/AOG.0000000000004240.
 10. Laviola GM, Et al. Complementary tool in diagnosis of hydatidiform mole: Review. Pathol Res Pract. 2022 doi: 10.1016/j.prp.2022.154041.
 11. Gergely L, Et al. Importance of the genetics in the diagnostics of hydatidiform mole. Ceska Gynekol. 2020. PMID: 33562984.
 12. Slaoui A, Et al. Hydatidiform mole in a 39-year-old woman. CMAJ. 2022. doi: 10.1503/cmaj.220185.
 13. Hernández-Albino MF, Et al. Mola hidatiforme completa en mujer premenopáusica. Caso clínico. Ginecol Obstet Mex. 2023
 14. Murbark N, et al. Descriptive study of hydatidiform mole according to type and age among patients in Wasit Province, Iraq. Global Journal of Public Health 2020 Disponible en: <http://dx.doi.org/10.37557/gjphm.v2i1.30>
 15. de Jesús Cabrera-Miñán G, Et al. Mola hidatiforme parcial: a propósito de un caso. Revista Metropolitana de Ciencias Aplicadas 2023 Disponible en: <http://remca.umet.edu.ec/index.php/REMCA/article/view/601/607>
 16. Moscoso O, Et al. Embarazo gemelar con mola hidatiforme completa y feto vivo asociado: reporte de un caso y revisión bibliográfica 2022. doi: 10.1016/j.patol.2020.06.008.
 17. Brenes VI, Et al. Análisis clínico y patológico de la coriocarcinoma gestacional. Revista Médica Sinergia. 2022
 18. Zilberman Sharon N, Et al. Obstetric outcomes of twin pregnancies presenting with a complete hydatidiform mole and coexistent normal fetus: a systematic review and meta-analysis. BJOG 2020 Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.16283>
 19. Tienda-Pimentel M, Et al. Tumor trofoblástico de sitio placentario secundario a mola

- parcial. Reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex 2023;
20. Rojas Pérez E, Et al. Diagnóstico y tratamiento de mola embrionada y el impacto psicológico en el vínculo materno-fetal. facsalud 2020; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.29076/issn.2602-8360vol4iss7.2020pp55-60p>
 21. Belalcazar Y, Et al. Embarazo molar en mujer mayor de 50 años: a propósito de un caso. *MedicienciasUTA* 2022 Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/medi/article/view/1627>
 22. Zhao P, Et al. Total hysterectomy versus uterine evacuation for preventing post-molar gestational trophoblastic neoplasia in patients who are at least 40 years old: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer* [Internet]. 2019;19(1):13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12885-018-5168-x>
 24. Santiago-S, Et al. Embarazo gemelar con mola hidatiforme completa y feto vivo coexistente. *Ginecol. obstet. Méx.* 2021 <https://doi.org/10.24245/gom.v89i9.5070>.
 25. Leible Sergio Et al. Embarazo molar cervical. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico con legrado uterino y ligadura de arterias cervicales. *Rev. chil. obstet. ginecol.* 2021 Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24875/rechog.m21000028>.
 26. Huanca-Llamo J Et al. Factores asociados a enfermedad trofoblástica gestacional en un Hospital De Referencia Peruano. *Rev. Fac. Med. Hum.* 2020. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v20i1.2547>.
 27. Mdoe MB, Et al. Gestational trophoblastic disease and associated factors among women experiencing first trimester pregnancy loss at a regional referral hospital in central Tanzania: a cross-sectional study. *Int Health.* 2023 doi: 10.1093/inthealth/ihac015.
 28. Al Riyami N Et al. Gestational Trophoblastic Disease at Sultan Qaboos University Hospital: Prevalence, Risk Factors, Histological Features, Sonographic Findings, and Outcomes. *Oman Med J.* 2019 doi: 10.5001/omj.2019.39
 29. Makhathini Et al. "Gestational trophoblastic disease managed at Grey's Tertiary Hospital: A five-year descriptive study." *Southern African Journal of Gynaecological Oncology* 2019
 30. Matos , Et al. Avaliação do perfil epidemiológico das pacientes com Doença Trofoblástica Gestacional atendidas no Centro de Referência de Sergipe. *Res Soc*

Conflicto de intereses:

Los autores declaran que no existe conflicto de interés posible.

Financiamiento:

No existió asistencia financiera de partes externas al presente artículo.

Agradecimiento:

N/A

Nota:

El artículo no es producto de una publicación anterior.