

Embarazo molar tubárico. Reporte de un caso

Drs. Lorena Araujo Fagre, Blanca Guerrero Chacón, Juan Caripidis Staveris, Luis García Maracano,
Mary Garrido

Hospital "Victorino Santaella Ruiz". Los Teques, Estado Miranda

INTRODUCCIÓN

La mola hidatiforme, es una afección de las vellosidades coriales, que se caracteriza desde el punto de vista histológico por presentar proliferación del trofoblasto, edema y agrandamiento de las vellosidades coriales y desaparición del árbol vascular (1).

La frecuencia de esta patología en Venezuela es baja, Agüero y Kízer (2) reportan una incidencia de 1 por cada 1 147 embarazos, Uzcátegui y col. (3) encontraron 1 por 988 embarazos y Paiva y col. (4) 1 por cada 861 embarazos. La incidencia en la mayor parte del mundo es ligeramente menor de 1 por 1 000 (5).

La primera publicación de mola hidatiforme en Venezuela fue realizada por Montero en 1978, citado por Briceño (6), Agüero y Kízer (2) citan a Castro como autor del primer trabajo casuístico sobre mola hidatiforme en 1943. Desde entonces numerosos trabajos han sido publicados, en la literatura nacional. La ocurrencia de mola hidatiforme en la trompa del Falopio es muy rara, sólo 24 casos reportados en la literatura internacional hasta 1991 (7). En Venezuela encontramos 2 reportes de enfermedad trofoblástica tubárica, uno por de Bont y col. (8), quienes describen 5 casos de enfermedad trofoblástica de la trompa de Falopio en el Hospital Central de Valencia, de los cuales 4 correspondieron a mola hidatiforme y 1 caso a coriocarcinoma de trompa, el otro reporte corresponde a Pellegrino y col. (9); quienes describen un caso de mola ectópica tubárica en el Hospital Vargas de Caracas en 1998.

Los primeros casos de mola tubárica fueron reportados en 1871 por Otto y en 1876 por Henning, en 1948 Chalmers publica una serie de 14 casos y en 1953 Sutherland publica 1 caso de mola tubárica coexistiendo con embarazo intrauterino (citado por de Bont y col.) (8).

Debido a que se trata de una patología rara, decidimos reportar este caso de mola hidatiforme tubárica.

Descripción del caso

Se trata de primigesta de 24 años, natural y procedente de Los Teques, Estado Miranda, quien consulta por presentar retraso menstrual y sangrado genital de 10 días de evolución, sin dolor pélvico. Entre los antecedentes ginecológicos de importancia, refiere el uso de anticonceptivos orales durante 3 años, el uso de dispositivo intrauterino durante 1 año, el cual fue retirado 5 meses antes de su ingreso, además de episodios de enfermedad inflamatoria pélvica durante los últimos 3 años, con tratamiento que no precisa.

Al examen físico, paciente luce en aparentes buenas condiciones generales, con presión arterial de 100/60 mmHg, frecuencia cardíaca de 80 latidos por minuto y frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto, abdomen con ruidos hidroaéreos presentes, blando, no doloroso, sin visceromegalias, genitales externos de aspecto y configuración normales, al tacto: cuello de consistencia blanda, largo, posterior, orificio cervical externo permeable al pulpejo, útero en anteversoflexión, de forma y tamaño normales, sangrado genital escaso, no fétido, anexo derecho palpable de 4 x 5 cm, no doloroso.

Entre los exámenes de laboratorio realizados, se reportó un valor de fracción beta de hormona gonadotropina coriónica de 9 383,5 mUI/ml. El ultrasonido transabdominal concluyó tumor parauterino derecho y el estudio transvaginal reportó embarazo ectópico derecho no roto, por lo que se decide ingreso de la paciente y se indicó celiotomía

exploradora, con el hallazgo de aumento de volumen del tercio distal de trompa derecha, ovario ipsilateral y anexo izquierdo normales. Se realizó salpingectomía derecha.

El estudio histopatológico reportó enfermedad del trofoblasto: mola hidatiforme completa y salpingitis crónica (Figuras 1-2). La paciente permaneció hospitalizada, con evolución satisfactoria. Desafortunadamente no fue posible el seguimiento de la misma.

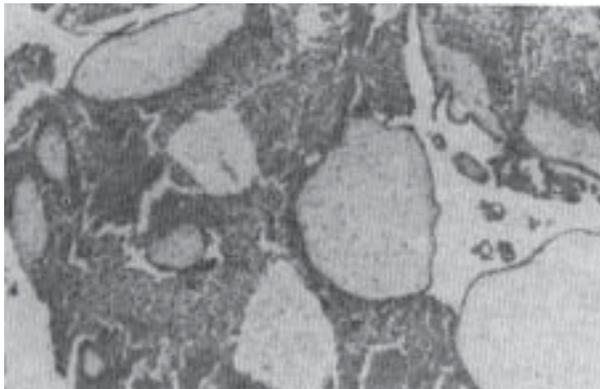


Figura 1. Trompa uterina con vellosidades coriales edematosas sin vasos e hiperplasia del trofoblasto. (200 X).

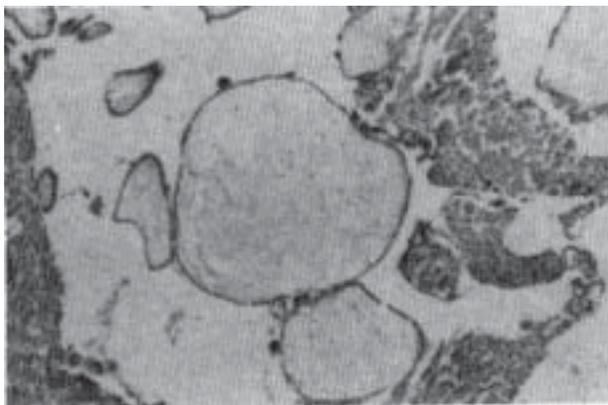


Figura 2. Trompa uterina con vellosidades coriales edematosas sin vasos e hiperplasia del trofoblasto. (200 X).

DISCUSIÓN

La mola hidatiforme tubárica, es una entidad clínica, poco usual, tal como lo demuestra el hecho de que han sido reportados 24 casos en la literatura internacional (7) y 5 casos en la nacional (8,9). Desde el punto de vista histopatológico la mola hidatiforme completa se caracteriza por tumefacción de las vellosidades coriales, hiperplasia del trofoblasto y ausencia de tejido embrionario o fetal (10,11). Se han descrito como factores de riesgo para la enfermedad del trofoblasto, los ciclos irregulares, el uso de anticonceptivos orales por un período igual o mayor a cuatro años (12), el bajo nivel socioeconómico (13) y edades extremas de la vida reproductiva (14). En nuestro caso se trató de un paciente de bajo nivel socioeconómico, quien refería el uso prolongado de anticonceptivos orales, y una temprana edad de primer embarazo.

Respecto a la clínica, el síntoma cardinal es el sangrado por genitales externos (3,15,16), el retraso menstrual, dolor con hipogastrio y otros síntomas tales como la anemia y la hiperemesis gravídica, aunque muchas pacientes permanecen asintomáticas hasta ya avanzada la gestación. El diagnóstico se basa en el análisis cromosómico, la medición de alfafetoproteína sérica materna y la ecosonografía (17-20) a través de la cual podemos encontrar la imagen típica la cual ha sido descrita como imagen en copos de nieve, tormenta de nieve, interferencia de televisión, nido de abejas o racimo de uvas (21) y la determinación cuantitativa de la fracción beta de la hormona gonadotropina coriónica, todo lo anterior complementado con el estudio anatomopatológico de la pieza.

Las molas hidatiformes tubáricas, se rompen más tempranamente que los embarazos tubáricos simples debido a la gran actividad del trofoblasto y el pronóstico es mejor que en la mola uterina, ya que la trompa es extirpada completamente, eliminándose así el sitio de implantación de la mola (8).

La persistencia posterior a la evacuación de un tumor del trofoblasto es de 20% para la mola hidatiforme completa, por lo que está indicado, posterior a la evacuación, radiografía de tórax, títulos seriados de la fracción beta de la hormona gonadotropina coriónica, pruebas del funcionalismo renal y hepático, además de planificación familiar que incluya el uso de métodos de barrera o anticonceptivos orales (22).

REFERENCIAS

1. Olivo JL. Mola hidatiforme en el Hospital "Manuel Núñez Tovar" de Maturín, 1976-1985. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1988;48:80-83.
2. Agüero O, Kízer S. Mola hidatiforme en la Maternidad "Concepción Palacios". *Rev Obstet Ginecol Venez* 1973;33:37-51.
3. Uzcátegui O, Toro J, Bentolila de Ezagui, Fleitas F. Mola embrionaria: presentación de cinco casos. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1984;44:31-34.
4. Paiva S, Zapata L, Santerini R, Pérez C. Mola hidatiforme. Criterios diagnósticos más resaltantes. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1989;49:13-17.
5. Ibagüengoitia F, Plasencia J, Argueta Zuñiga, Cabral Castañeda F. Embarazo múltiple de alto orden fetal (cuádruple) involucrando mola hidatiforme completa y tres fetos. *Ginecol Obstet Méx* 1995;63:275-278.
6. Briceño CR. Algunos aspectos de la enfermedad trofoblástica gestacional en Venezuela. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1984;44:100-129.
7. Muto MG, Lage JM, Berkowitz RS, Goldstein DP, Bernstein MR. Gestacional trophoblastic disease of the fallopian tube. *J Reprod Med* 1991;36:57-60.
8. de Bont F, Somogyi L, Wadskier M, Ramírez J. Enfermedad trofoblástica de la trompa de Falopio en el Hospital Central de Valencia. *Acta Oncol Venez* 1977;10:43-47.
9. Pellegrino A, Taronna I, Mariella A, Machín G, Carreta M, Mathison L, Smitter J, Ron Y, Del Médico P. Embarazo ectópico molar: presentación de un caso clínico. *Arch Hosp Vargas* 1998;40(1-2):69-72.
10. Vassilakos P, Riottom G, Kajii T. Hidatiform mole: two entities. A morphologic and cytogenetic study with some clinical considerations. *Am J Obstet Gynecol* 1977;127:1667-170.
11. Szulman AE, Surti U. The syndromes of hydatiform mole. *Am J Obstet Gynecol* 1978;132:20-27.
12. Berkowitz RS, Bernstein MR, Harlow BL, Rice LW, Lage JM, Goldstein DP, et al. Case control study of risk factors for partial molar pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173:788-794.
13. Quiñonez Zarza C. Mola hidatiforme. Aspectos clínicos, incidencia y factores de riesgo. *Ginecol Obstet Méx* 1995;63:391-394.
14. Atrash HK, Hogue C, Grimes DA. Epidemiology of hidatiform mole during early gestation. *Am J Obstet Gynecol* 1986;154:906-909.
15. Zapata L, Paiva S, Cohen R. Mola hidatiforme. Presentación de un caso. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1986;46:198-201.
16. Depypere H, Dhont M, Verschraegen-Spae M. Tubal hydatiform mole. *Am J Obstet Gynecol* 1993;169:209-210.
17. Zapata L, Paiva S, Cohen R. Mola hidatiforme con feto coexistente. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1986;46:198-201.
18. Guevara B, Monserratt C, Ezzat S, Guevara J. Mola hidatiforme en el Hospital Universitario "Ruiz y Páez" de Ciudad Bolívar, 1980-1989. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1990;50:199-201.
19. Silva M. Mola hidatiforme. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1982;42:21-25.
20. Paiva S, González M, Meneses M. Embarazo gemelar monocoriónico: mola hidatiforme parcial y feto normal. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1995;55(4):233-236.
21. Kízer S, Zapata L. El diagnóstico de la mola hidatiforme mediante la ecosonografía. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1980;40:39-44.
22. Quiñones RJ, Quiñones AG. Embarazo molar parcial con feto coexistente. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1997;57(1):61-66.