

Caso Clínico

## Diagnóstico tardío de Mola Hidatídica Completa en un país subdesarrollado

Laura García Nebreda<sup>a</sup>, Laura de la Fuente Arranz<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Paritorio. Hospital Universitario de Burgos. España.

<sup>b</sup> Paritorio. Hospital Santos Reyes. Aranda de Duero (Burgos). España.

Aceptado el 20 de mayo de 2018

### RESUMEN

Cada dos minutos una mujer muere en el mundo por complicaciones derivadas del embarazo, parto y puerperio. El 99% de ellas se da en países subdesarrollados. La cooperación al desarrollo colabora dando una asistencia de calidad en las zonas más endebles. Se presenta el caso de una mujer camerunesa que acude al Hospital Fundación Mayo Rey por una anómala evolución del embarazo, diagnosticándose una Mola Hidatídica Completa de avanzada evolución (24 semanas) que precisó histerectomía y anexectomía bilateral.

**PALABRAS CLAVE:** África; mola hidatidiforme; países subdesarrollados

### Late diagnosis of Complete Hydatid Mola in an underdeveloped country

#### ABSTRACT

Every two minutes a woman dies in the world for complications related to pregnancy, childbirth and the puerperium. 99% of them belong to underdeveloped countries. The cooperation to the development helps by giving a quality assistance to the weakest areas. The presented case is about a Cameroonian woman that attends Mayo Rey Foundation Hospital with an anormal evolution of her pregnancy. She was diagnosed with a complete hydatidiform mole of advanced evolution (24 weeks) that required hysterectomy and bilateral anexectomy.

**KEY WORDS:** Africa; developing countries; hydatidiform mole

\* Email del autor de correspondencia: lgnebreda21@gmail.com

.]



**INTRODUCCIÓN**

La mola hidatidiforme está clasificada dentro de la enfermedad trofoblástica gestacional (tabla 1). Se trata de una degeneración hidrópica de las vellosidades coriónicas, limitadas a la cavidad uterina que en la mayoría de los casos mantienen la estructura microscópica de la vellosidad.

**Tabla 1. Clasificación histológica de la enfermedad trofoblástica gestacional propuesta por la OMS (1,2)**

Mola hidatiforme
- Completa
- Parcial Mola hidatiforme
- invasiva
- Coriocarcinoma
- Tumor trofoblástico localizado en la placenta
- Tumor trofoblástico epiteloide
- Lesiones trofoblásticas misceláneas
- Implantación exagerada
- Nódulos o placas placentarias
- Lesiones trofoblásticas no clasificadas

En la Mola Hidatídica Completa (MHC) existe una degeneración placentaria con edema y quistificación de las vellosidades, formando hidátides. Toda la placenta degenera a tejido molar, siendo siempre anembrionada y con material genético de origen paterno exclusivamente. Su cariotipo, en más del 90%, es 46XX debido a una duplicación de los cromosomas paternos tras la fecundación de un óvulo carente de núcleo (diploidía diántrica). El riesgo de enfermedad trofoblástica persistente (ETP) en la MHC es del 15-20%, acercándose al 40% en presencia de factores de riesgo. Los factores de riesgo de la mola hidatídica y de persistencia de la enfermedad se enumeran en las tablas 2 y 3.

**Tabla 2. Factores de riesgo de la Mola Hidatídica (2-8)**

Edades reproductivas extremas (<15-20 y >40 años)
Variaciones geográficas (incidencia mayor en la zona oriente respecto a occidente)
Historia de aborto previo
Antecedente previo de enfermedad trofoblástica gestacional
Mutaciones en gen NLRP7
Dieta pobre en ácido fólico, proteínas y betacarotenos, principalmente vitamina A*
Edad paterna avanzada (>40 años)*
Embarazo gemelar*
Mujeres con grupo sanguíneo A y progenitor grupo O*

**Tabla 3. Factores de riesgo para desarrollar ETP (2,3)**

Edad materna > 40 años
β-HCG sérica > 100.000 mUI/ml
Útero significativamente mayor que amenorrea
Quistes tecaluteínicos > 5 cm
Mola completa con cromosoma Y
Retraso en la evacuación superior a 4 meses

Antecedente de enfermedad trofoblástica gestacional  
 Manifestaciones clínicas severas  
 Grupo sanguíneo de los padres O/A o A/O

En el estudio realizado por Coullin et al.(9) describen cómo aquellos embriones femeninos (futuras pacientes con MHC) que habían sido concebidas bajo notables restricciones nutricionales (de sus madres) podían sufrir algún deterioro en su desarrollo. Acentúa que durante dicha carencia, se produce la migración de las células reproductoras de ese futuro embrión femenino hacia las crestas gonadales así como la diferenciación de la ovogonia, pudiendo impedir la maduración del ovocito y ser responsable así de esa inestabilidad cromosómica materna.

El diagnóstico de MHC se basa en la anamnesis, exploración general y ginecológica, ecografía y analítica (determinación de β-hCG con niveles ≥100.000 IU/l).

Las manifestaciones clínicas engloban como signo principal metrorragia escasa, persistente e intermitente en el primer trimestre. Menos común son náuseas, vómitos e incluso hiperémesis, aparición precoz de preeclampsia, hipertiroidismo, expulsión de vesículas (signo patognomónico) e insuficiencia respiratoria aguda (excepcional). Puede existir una desproporción entre altura uterina y edad gestacional.

Las tumoraciones ováricas se hallan en un 30% presentándose como quistes tecaluteínicos, a menudo bilaterales, debido a la estimulación de la teca generada por los altos niveles de β-hCG.

A nivel ecográfico, se halla la popular imagen en “copos de nieve”(1,2,3,10).

El tratamiento depende del estado general, edad gestacional, edad materna y deseo reproductivo. En nuestro medio, tras un diagnóstico precoz, el método de elección es el legrado por aspiración, contemplando la histerectomía abdominal cuando los deseos genésicos estén cumplidos o en aquellos supuestos en los que se sospeche de perforación uterina, hemorragia incontrolable y/o alto riesgo de desarrollar enfermedad trofoblástica persistente(2,3), previniendo así mismo la invasión miometrial(1,11). En caso de existir quistes tecaluteínicos, los anejos se pueden conservar debido a que tras la evacuación molar, éstos vuelven a su estado basal tras 8-16 semanas(1,2,3,10).

Tras una evacuación molar se establecen una serie de cuidados (1,3,10,12,13,14) como el control de constantes y la vigilancia de la pérdida hemática, administración de gammaglobulina anti-D en mujeres Rh negativas, determinación seriada de la fracción β-hCG unida a una contracepción efectiva mientras dure el estudio, control ginecológico y ecográfico seriado. Estos cuidados se amplían con un estudio radiológico torácico para detectar posibles infiltraciones pulmonares. Respecto a la quimioterapia profiláctica existe controversia en su uso.

**Historia del problema**

Este caso clínico acontece en noviembre de 2012, en una aldea llamada Rey Bouba situada al norte de Camerún, región altamente necesitada y donde las mujeres, especialmente aquellas que están embarazadas, padecen de un escaso e inadecuado control gestacional.

En esta localidad, la Fundación Mayo Rey creó un hospital que atiende a unas 4000 personas al año. El centro cuenta con personal sanitario y no sanitario durante todo el año, ampliándose con campañas de voluntarios para mejorar su asistencia15.

Se presenta el caso de una mujer camerunesa, de unos 20 años aproximadamente (la mayor parte de la población

## TIEMPOS DE ENFERMERIA Y SALUD

desconoce su edad) que acude al hospital de la Fundación al no apreciar aumento de la altura uterina en las últimas semanas en un embarazo aparentemente normal.

Destacar que este caso acaeció en los inicios de actividad de la Fundación, dónde tan solo se disponía de sala de hospitalización, quirófano y farmacia, siendo la atención prestada entonces muy básica.

#### Observación clínica

En la anamnesis realizada (dificultada idiomáticamente) se obtienen los siguientes datos:

- Antecedentes personales y familiares sin interés.
- Antecedentes obstétricos: primigesta.
- Embarazo actual: Desconoce fecha de última regla. Refiere sangrados vaginales frecuentes. No controles previos analíticos ni ecográficos. No percepción de movimientos fetales.

A la exploración (general y ginecológica):

- Buen estado general.
- Constantes vitales dentro de la normalidad.
- Altura uterina correspondiente a una gestación de 22-24 semanas.
- Especuloscopia vaginal: cérvix cerrado, ausencia de restos hemáticos.
- Ecografía: se observa masa uterina aberrante con imagen en copos de nieve, sin presencia de tejido embrionario y con ovarios ocupados por quistes tecaluteínicos.

En ese momento se carecía de los medios necesarios para realizar analítica de sangre y radiografía de tórax.

#### Diagnóstico

La impresión diagnóstica inicial fue Mola Hidatídica Completa (MHC) con ovarios ocupados por Quistes Tecaluteínicos.



Se realiza diagnóstico postoperatorio de Mola Hidatídica Completa tras examen visual.

#### Intervención

Tras la valoración, posible diagnóstico, reflexión y ante el riesgo de desarrollar enfermedad trofoblástica persistente(2,3), se plantea la realización de una histerectomía más doble anexectomía dada la escasez de medios para hacer un correcto seguimiento y valoración posteriores. Se descarta la opción de conservar ambos ovarios por la imposibilidad de realizar un ulterior control médico, ecográfico y/o analítico. La mujer acepta y consiente la intervención. Se prepara a la paciente con sueroterapia, profilaxis antibiótica y anestesia raquídea. El acto quirúrgico se lleva a cabo sin incidencias, permaneciendo la mujer estable hemodinámicamente en todo momento.

#### Resultados

Al examen macroscópico, tras incisión longitudinal uterina, se observan abundantes vesículas hidrópicas ocupando toda la cavidad en una gestación aproximada de 24 semanas, confirmándose así la sospecha inicial de MHC.

A nivel ovárico se contemplan abundantes quistes tecaluteínicos en ambos anexos (Imágenes 1,2 y 3). En la imagen 1 se observa los resultados de la histerectomía más la doble anexectomía; en la imagen 2 la incisión en cavidad uterina donde se aprecian abundantes vesículas hidrópicas junto con ovarios ocupados en su interior de quistes tecaluteínicos; y en la imagen

3 la mola hidatídica completa.

#### Evolución y seguimiento

Tras la cirugía la mujer permaneció hospitalizada 3 días. El postoperatorio cursó con normalidad. La herida quirúrgica no presentó signos de infección ni dehiscencia de la sutura, por lo que la mujer fue dada de alta.



Dada la citada escasez de medios y de personal en ese momento, no se pudo hacer un posterior control analítico

(determinación  $\beta$ -hCG, grupo sanguíneo y Rh), radiológico ni

médico. No hubo más visitas por parte de la mujer tras la intervención, por lo que se desconoce cómo fue su evolución.

#### DISCUSIÓN

El diagnóstico del embarazo molar ha cambiado en los últimos años gracias a la medición de la hormona  $\beta$ -hCG y a la ecografía en sus fases precoces. Por ello, la mayor parte de las gestaciones molares son tratadas antes de llegar a convertirse en la típica imagen de copos de nieve.

La mujer que presentamos no recibió asistencia sanitaria durante su gestación hasta el momento del diagnóstico, empeorando, posiblemente, el pronóstico de la enfermedad.

Además, no podemos obviar la repercusión emocional que supuso para esta mujer el saber que nunca tendría hijos, en una cultura en la que las mujeres son marginadas, incluso por su propia familia, al no lograr una gestación con un recién nacido sano.

Este caso clínico evidencia la importancia de un correcto control de la gestación desde sus fases precoces. Las deficiencias en sanidad y la escasez de medios destinados a la salud afectan duramente a la población más vulnerable, como mujeres y niños. Como consecuencia de problemas evitables derivados del embarazo y parto, mueren 1600 mujeres y más de 10000 recién nacidos cada día en el mundo(16).

Las barreras geográficas y/o la situación económica familiar pueden convertirse en un impedimento para recibir una asistencia sanitaria de calidad. La cooperación para el desarrollo juega un papel fundamental en este sentido, acercando a las personas a un adecuado control de su salud.



La labor de la matrona en el control del embarazo es esencial, además de ser una figura de referencia antes, durante y después de la gestación. Formar matronas en África es especialmente importante, continente con cifras muy elevadas de morbilidad materna perinatal. Los cuidados por parte de la matrona abarcan, asimismo, la promoción de la salud, los derechos sexuales y reproductivos, la prevención de infecciones de transmisión sexual y la atención de los aspectos psicosociales de la mujer.

#### Agradecimientos

A la protagonista de este caso, por su confianza y heroicidad anónima.

A la Fundación Hospital Mayo Rey, por llevar salud a Camerún, por brindarnos la oportunidad de viajar al corazón de África.

A Rey Bouba, por su hospitalidad.

A Azucena Santillán García, enfermera y creadora del blog EBE (Enfermería Basada en la Evidencia), por su ayuda y apoyo incondicional.

A todos ellos, Useko jur.

#### BIBLIOGRAFÍA

- González-Merlo J, Laila Vicens JM, Fabre González E, González Bosquet E. *Obstetricia*. 5ª ed. Barcelona: Masson; 2006: 471-484.
- Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT. *Fundamentos de Obstetricia (SEGO)*. (Internet)[citado 07 septiembre 2017]. p.473-486. Disponible en <http://www.sego.es/Content/pdf/OBSTRETICIA.pdf>
- PROTOCOLOS, SEGO. Embarazo molar. *Prog Obstet Ginecol*, 2004, vol. 47, no 8, p. 400-404.
- Slim R, Coullin P, Diatta AL, Chebaro W, Courtin D, et al. NLRP7 and the genetics of post-molar choriocarcinomas in Senegal. *Molecular human reproduction*. 2012;18(1):52-6.
- Kitange B, Matovelo D, Konje E, Massinde A, Rambau P. Hydatidiform moles among patients with incomplete abortion in Mwanza City, North western Tanzania. *Afri Health Sci*. 2015;15(4):1081-6
- Abdalla EM, Hayward BE, Shamseddin A, Nawar MM. Recurrent hydatidiform mole: detection of two novel mutations in the NLRP7 gene in two Egyptian families. *European Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2012;164(2):211-5.
- Altieri A, Franceschi S, Ferlay J, Smith J, La Vecchia C. Epidemiology and aetiology of gestational trophoblastic diseases. *The Lancet. Oncology*. 2003;4(11):670-8.
- Berkowitz RS, Goldstein DP, Horowitz NS. Hydatidiform mole: management. [Monografía en internet]. In: uptodate (2017), MD (ed). Acceso [actualizado 19 marzo 2017; citado 5 sept 2017]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/hydatidiform-mole-management>
- Coullin P, Diatta AL, Boufettal H, Feingold J, Leguern E, Candelier JJ. The involvement of the trans-generational effect in the high incidence of the hydatidiform mole in Africa. *Placenta*. 2015 January; 36(1):48-51.
- AljotasReig J, Avilés García MT, Arévalo Martínez S, Cabero I Roura LI, Calero Fernández I, Carreras Moratona E, et al. *Protocolos de Medicina Materno-Fetal (Perinatología)*. Vol 1. 4ª ed. Barcelona: Ergon; 2014
- Lurain JR. Gestational trophoblastic disease I: epidemiology, pathology, clinical presentation and diagnosis of gestational trophoblastic disease, and management of hydatidiform mole. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2010; 203(6):531-9.
- Oróstegui Correa S, Arenas Rueda YA, Galindo Navas LM. Enfermedad trofoblástica gestacional. *MedUnab [Internet]*. 2008 [citado 15 jul 2017];11(2):1-9. Disponible en: <http://venus.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/809/728>
- Hui P, Baergen R, Cheung ANY, et al. Gestational trophoblastic disease. In: *WHO Classifications of tumours of female reproductive organs*, Kurman RJ, Carcangiu ML, Simon Haerrington CX, Young RH (Eds), WHO Press, Geneva, Switzerland 2014.
- Fu J, Fang F, Xie L, Chen H, He F, Wu T, et al. Quimioterapia profiláctica para la mola hidatiforme en la prevención de la neoplasia trofoblástica gestacional. *Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]*. 2012 [citado 31 agosto 2017];10(CD007289):1-3. Disponible en: [www.biblioteca.cochrane.com/](http://www.biblioteca.cochrane.com/)
- Fundacionmayorey.org [Internet]. Fundación Hospital Mayo Rey; [citado 10 septiembre 2017]. Disponible en: <http://www.fundacionmayorey.org/index.php?cat=13>
- Organización Mundial de la Salud (Internet). Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030). *Sobrevivir, Prosperar, Transformar*. Ginebra: OMS; 2016. [citado 07 septiembre 2017]. Disponible en: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/es/)