

Diagnóstico y tratamiento de mola embrionada y el impacto psicológico en el vínculo materno-fetal

Eduardo A. Rojas Pérez¹; Isbel Hernández Sáez²; Liliam Iris Escariz Borrego³; Katiuska Mederos Mollineda⁴; Sonia Raquel Vargas Véliz⁵

(Recibido: julio 13, Aceptado: noviembre 09, 2020)

Resumen

Se presenta paciente de 38 años con antecedentes de neurosis histérica, con tiempo de gestación de 18.5 semanas. Al realizar ecografía previa amniocentesis programada por edad materna de riesgo, se constata embrión de 18 semanas con vitalidad, y presencia de imágenes ecolúcidas en "panel de abeja" en la placenta, sugerente de Mola Hidatiforme Embrionada, la fracción Beta hCG en 738. 8 mUI/ml. Se realiza Histerectomía en bloque y luego de algunas complicaciones respiratorias evoluciona favorablemente. El informe anatomopatológico confirma el diagnóstico presuntivo. La histerectomía previene la evolución de la enfermedad local, no elimina la enfermedad sistémica metastásica. Luego debe realizarse un cuidadoso monitoreo de los niveles de HCG para confirmar que no se haya desarrollado una enfermedad persistente y un seguimiento ecográfico para detección precoz de posibles complicaciones tardías.

Palabras Clave: embarazo molar; enfermedad trofoblástica gestacional; mola hidatiforme.

Diagnosis and treatment of embryonic mola and the psychological impact on maternal-fetal bonding

Abstract

A 38-year-old patient with a history of hysterical neurosis is presented, with a gestation time of 18.5 weeks. When doing ultrasound before programmed amniocentesis by maternal age at risk, 18-week embryo with vitality is observed, and the presence of ecolucidal images in "bee panel" in the placenta, suggestive of Embryonic Hydratiform Mola, the Beta hCG fraction in 738. 8 mUI/ml. Block hysterectomy is performed and after some respiratory complications it evolves favorably. The anatomopathological report confirms the presumptive diagnosis. Hysterectomy prevents the progression of local disease, does not eliminate metastatic systemic disease. Careful monitoring of HCG levels should then be performed to confirm that a persistent disease and ultrasound follow-up have not been developed for early detection of possible late complications.

Keywords: molar pregnancy; gestational trophoblastic disease; hydatiform mole.

¹ Especialistas en gineco-obstetricia. Doctor en Medicina. Magister en Atención Integral a la mujer. Hospital Universitario Ginecobstétrico Provincial "Ana Betancourt de Mora". Camagüey, Cuba. Email: eduardorojasperez@gmail.com. <https://orcid.org/0000-0002-6493-4414>

² Especialistas en gineco-obstetricia. Doctor en Medicina. Magister en Atención Integral a la mujer. Hospital Universitario Ginecobstétrico Provincial "Ana Betancourt de Mora". Camagüey, Cuba. Email: isbehs@nauta.cu. <https://orcid.org/0000-0003285-9419>

³ Especialistas en gineco-obstetricia. Doctor en medicina. Magister en Atención Integral a la mujer. Universidad Laica Eloy Alfaro de Manta, Ecuador. Email: lilyescariz@gmail.com. <https://orcid.org/0000-0001-7782-9800>

⁴ Especialistas en Pediatría. Doctor en medicina. Magister en Atención Integral al niño. Universidad Estatal de Milagro, Ecuador. Email: kmederosm@unemi.edu.ec. <https://orcid.org/0000-0003-4980-7035>

⁵ Certificada de competencias en Prevención en Riesgos Laborales. Psicóloga. Maestrante en Psicología Criminal. Especialidad Psicología Forense. Email: soniavargasv2@gmail.com. <https://orcid.org/0000-0002-9769-8059>

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Trofoblástica Gestacional se encuentra entre los tumores raros que se pueden curar incluso en presencia de diseminación amplia. Clásicamente se ha dividido en dos grupos principales: la mola completa y la mola parcial (1,2). Proliferación anormal o atípica de células de langhans, de origen ectodérmico fetal. Se caracteriza por, elevación de gonadotropina coriónica (por encima de 10Mul/ml indican actividad trofoblástica), La incidencia promedio de mola completa es de 1 por cada 1000 embarazos, mientras la mola parcial es de 0.005 a 0.001% (2). El embarazo molar coexistente con un feto vivo es una rareza y un reto médico porque se asocia con complicaciones maternas graves que ponen en riesgo la vida de la madre y su hijo (3). El diagnóstico se basa en los síntomas de embarazo, la presencia de valores elevados de hormona gonadotropina coriónica (BHCG) y los elementos imagenológicos encontrados en el estudio ecosonográfico. Los valores de BHCG siempre suelen estar por encima de las 100 000 UI, aunque en casos de mola incompleta o parcial, estas cifras pueden ser menores, pero siempre serán superiores a las de una gestación normal (4). El uso de quimioterapéuticos y de intervenciones quirúrgicas, en conjunto con el uso de radioterapia, podría llegar a tener un papel importante en el tratamiento tanto de estas como de las enfermedades trofoblásticas neoplásicas (5).

La mola hidatiforme parcial se caracteriza por cambios hidatiformes progresivos lentos en presencia de capilares vellosos funcionantes que afectan solamente a algunas vellosidades, asociándose a un feto o embrión identificable, poseen en contraste con la mola completa, material genético materno y en la mayoría de los casos el cariotipo es triploide, generalmente 69XXY, que deriva de la fertilización de un aparente óvulo normal por dos espermatozoides. Cuando se identifica un feto en la mola parcial, éste usualmente tiene anomalías congénitas asociadas a triploidias como sindactilia, labio leporino o paladar hendido. El desarrollo fetal normal requiere aportación tanto materna como paterna (6).

Los signos y síntomas de mola parcial son menos intensos que la mola completa, por lo general presentan signos de aborto incompleto. Náuseas y vómitos, metrorragia, signos de pre-eclampsia, de hipertiroidismo, taquicardia, signos de insuficiencia respiratoria aguda, el diagnóstico sólo con revisión histológica de restos ovulares obtenidos por legrado y estigmas de triploidía fetal. Desproporción entre el tamaño uterino y la edad gestacional, aparición de tumoraciones ováricas, ausencia de latido cardíaco fetal con Doppler, a partir de las 12 semanas. El diagnóstico se basa en una tríada: cuadro clínico, dosaje cuantitativo de Beta hCG (subunidad Beta de gonadotropina coriónica humana) y ecografía. El tratamiento primario es la evacuación uterina. Debido a las condiciones en que se encuentra el útero con aumento rápido de tamaño, disminución de la consistencia, y posibilidad de invasión del miometrio por el tejido trofoblástico, resulta de gran utilidad el control ecográfico durante esta maniobra para disminuir la incidencia de las complicaciones más frecuentes: perforación uterina y evacuación insuficiente, con persistencia de restos (7).

La incidencia de secuelas trofoblástica varía entre 11% produciéndose metástasis raramente, no se ha confirmado un diagnóstico histopatológico de coriocarcinoma después de una mola hidatiforme parcial (8).

El embarazo constituye un evento significativo debido a que afronta ciertos cambios, modificaciones metabólicas y hormonales, afectando el estado emocional de la mujer; en esta etapa en el desarrollo del embarazo y la preparación del cuerpo para el parto, provoca variación del estado de ánimo, condición que psicológicamente se ve influenciada por la llegada del bebé al núcleo familiar.

El embarazo hace que su cuerpo produzca muchas hormonas. Estas hormonas pueden afectar su cuerpo y su mente. Es común sentirse fatigada, olvidadiza o tener cambios de humor (12).

La mujer aparentemente embarazada, diagnosticada como enfermedad Trofoblástica Gestacional, al asumir y al querer desarrollar el

luto gestacional, experimenta una maternidad sin un bebé para dar paso a una condición de quebrantamiento de su salud, esto dificulta la elaboración del luto del hijo con el que soñaba tenerlo en sus brazos para amarlo, este estrés que experimenta y enfrenta la mujer por la pérdida sin ningún apoyo necesario se convierte en luto mal resuelto.

La pérdida de un hijo abre un “agujero”, una herida narcisista que lleva a las madres a severos cuadros melancólicos (13).

CASO CLÍNICO

Paciente de 38 años con antecedentes de neurosis histérica, para lo cual lleva seguimiento neurológico, raza mestiza, procedente del área de salud Policlínico Centro, ama de casa, Embarazos: 3, Partos: 2(cesáreas anteriores), Aborto: 0, tiempo de gestación: 18.5 semanas. Acude el 23 de octubre 2017 remitida de Consulta Centro Provincial de Asesoramiento Genético porque al realizar ecografía previa amniocentesis, prueba rutinaria para diagnosticar o, con mucha mayor frecuencia, descartar la presencia de ciertos defectos cromosómicos y genéticos, se constata presencia de imágenes ecolúcidas en “panal de abeja” en la placenta, embrión de 18 semanas con vitalidad, sugerente de Mola Hidatiforme Embrionada, ovarios de aspecto normal. Ingresa en sala de Aborto, donde se confirma diagnóstico clínico y ecográfico, indican exámenes complementarios. Al examen físico revela una TA: de 100/60 mmHg, FC: 92 por minuto con sensorio conservado. Se palpa formación lisa y redondeada que ocupa todo el hipogastrio hasta 3 través de dedos por debajo nivel umbilical. El examen ginecológico presenta: genitales externos de características normales, cuello uterino pequeño, reblandecido, congestivo, útero con disminución de su consistencia, aumentado de tamaño hasta 3 través de dedos por debajo nivel umbilical más menos 18 semanas.

Exámenes Complementarios:

- Beta hCG: 738. 8 mUI/ml
- Hemograma Hto: 0.27g/l, Hb: 8.9g/l.

- Eritrosedimentación: 62mm/h
- Leucograma: leucositos 11.8x10g/l
- Urea normal, creatinina: 66.7mmlxl, ácido urico:239mmlxl
- TGP:30u/l
- Coagulación dentro de rangos normales
- Exudado vaginal: Levaduras, células epiteliales decamación sucia
- Rx Tórax: sin evidencias de lesiones
- Ecografía abdominal: normal

Por lo inusual de la forma clínica de Mola Embrionada, se informa y discute en Colectivo Obstétrico ampliado la conducta a seguir antes de programar proceder a realizar. Comienza tratamiento para infección vaginal con clotrimazol en óvulos, embrocación vaginal, metronidazol oral, hemoterapia 500 ml glóbulos compatibles. Evaluada por anestesia, medicina interna, con 21 semanas deciden realizar Histerectomía en Bloque con conservación de anejos el 8 de noviembre 2017, proceder transcurre sin complicaciones de forma fácil, rápida. Figura 1.

En su etapa de recuperación comienza con disnea, tos seca, cianosis distal, taquicardia, encuentran al examen físico estertores crepitantes en marea montante, frecuencia cardiaca 124, TA: 110/70mmhg, saturación de oxígeno: 72%, taquicardia sinusal en el electrocardiograma diagnosticándose un Edema Agudo del Pulmón, el cual resuelve parcialmente.

Es trasladada a Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Provincial “Manuel Ascunce Domenech, aparecen varias complicaciones las cuales fueron tratadas por especialidades en conjunto como Cardiología, Neurología, presento una Encefalopatía Hipóxica, Miocarditis Aguda Moderada, Doble Lesión Mitral severa, Neumonía Nosocomial por lo cual permaneció ingresada 14 días, es trasladada a nuestro centro recuperada y en seguimiento estricto con Cardiología.

Resultado de la biopsia: Muestra constituida por feto de 15cm, cavidad endometrial con placenta acompañada de Mola Hidatiforme (Mola Embrionada), cuello dentro de límites histológicos normales.



Figura 1. Placenta molar y feto

COMENTARIOS

El embarazo molar es más frecuente en mujeres jóvenes (<17 años) y en mayores (40 o más años) (7, 9). Más del 80% de estos tumores tienen un comportamiento benigno. Sin embargo, 15 -20% tienden a persistir y un 2-3% se transforman en un Coriocarcinoma (1 de cada 25,000 a 45,000 embarazos) (10).

El diagnóstico ecográfico permite la identificación de quistes tecoluteínicos en aproximadamente 25% de las pacientes. Éstos son el resultado de los niveles elevados de Beta hCG que producen una respuesta fisiológica ovárica (11).

Luego se debe evaluar el modo de evacuación uterina. El aspirado-legrado uterino es el método óptimo para la evacuación a pesar del tamaño uterino, en embarazadas que desean mantener su función reproductiva, ya que acarrea un muy bajo riesgo de sangrado, infección y de tejido molar retenido comparado con oxitocina o prostaglandinas. Debido que el antígeno Rh se expresa en el trofoblasto,

las embarazadas Rh negativas deben recibir la profilaxis con inmunoglobulinas al momento de la evacuación. Las embarazadas que tienen paridad completa o no desean tener más hijos pueden ser sometidas a histerectomía. A pesar que la histerectomía previene la evolución de la enfermedad local, no elimina la enfermedad sistémica metastásica. Luego debe realizarse un cuidadoso monitoreo de los niveles de HCG para confirmar que no se haya desarrollado una enfermedad persistente, los test de HCG deben realizarse semanalmente hasta que los niveles de sub-beta HCG sean indetectables por tres semanas, luego mensualmente hasta ser negativos por 6 meses. Reportes de múltiples centros indican que una vez que los niveles son indetectables, la elevación recurrente de la HCG ocurre en menos de un 1% de los casos (7,11).

Las mujeres deben tener anticoncepción durante todo el período de seguimiento de sub-beta HCG, el DIU no debe ser colocado antes de la remisión de la HCG por el riesgo de perforación si el tumor

está presente mientras que es recomendado métodos de barrera o anticoncepción hormonal. Las embarazadas deben ser asesoradas de que a pesar de que el riesgo de un futuro embarazo molar es ligeramente mayor luego de un solo antecedente de embarazo molar, en la mayoría de los casos el futuro embarazo será normal (11).

El impacto en el estado emocional que debe enfrentar las mujeres diagnosticadas de Mola Hidatiforme Embrionada: El proceso del enfrentamiento al luto varían según el contexto en el que se encuentre atravesando la paciente, las gestaciones molares en su mayoría evidencian un desequilibrio emocional que requiere de acompañamiento profesional, que permita un apoyo en la elaboración de un reequilibrio emocional, ante la pérdida para que supere su condición afectada de tal modo que admita la resiliencia para que su vida cotidiana no se afecte por periodos extensos de ningún modo. Souza Granero et al (13), mencionan que el luto es una reacción a la pérdida y no una condición patológica, de modo que puede ser superado después de un lapso de tiempo.

CONCLUSIONES

La Enfermedad Trofoblástica Gestacional se encuentra entre los tumores raros que se pueden curar incluso en presencia de diseminación amplia, se caracteriza por una proliferación atípica de células de langhans. La mola hidatiforme parcial se caracteriza por cambios hidatiformes progresivos lentos en presencia de capilares vellosos funcionantes que afectan solamente a algunas vellosidades, asociándose a un feto o embrión identificable generalmente asociado a Trisomías. Además, el desequilibrio emocional dado por el proceso de luto, a través del sufrimiento subjetivo frente a una complicación en la gestación relacionados con las condiciones biopsíquicas que indican que el embarazo aparentemente real es diagnosticado como un embarazo de mola, circunstancias en la que la mujer debe enfrentar una enfermedad que puede estar sujeta a una evolución patológica maligna, y que además debe enfrentar una pérdida.

REFERENCIAS

1. Juárez Azpilcueta A., Islas Domínguez L., Durán Padilla M. A. Mola hidatiforme parcial con feto vivo del segundo trimestre. *Rev. chil. obstet. ginecol.* 2010; 75(2): 137-139. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262010000200011>.
2. Acosta Hurtado, A., Gonzalez Moreno, J., Arana Murillo, M. Paciente asintomática con mola hidatidiforme parcial, preeclampsia e hipertiroidismo. Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura. *Revista Médica MD.* 2013; 4(4): 301-304.
3. Ávila-Vergara MA, Cardona-Osuna ME, Guzmán-Gutiérrez LE, Espínola-Magaña KM, Caballero-Rodríguez CB, Di Castro-Stringher P, Vadillo-Ortega F. Mola hidatiforme coexistente con feto vivo después de las 20 semanas de gestación: presentación de dos casos. *Ginecol Obstet Mex.* 2017;85(12):853-861.
4. Urbano SC, Silvia CB, José ML, Iván MC, Gladys AS. Mola hidatiforme como manifestación ginecobstétrica en el curso de las enfermedades reumáticas. *Revista Cubana de Medicina Militar.* 2018; 47(4)
5. Espinoza Artabia, A., Fernández Vaglio, R., Solar del Valle, T. Actualización en patología trofoblástica gestacional: mola hidatiforme y neoplasias. *Revista Médica Sinergia.* 2019; 4(5):44 – 59. <https://doi.org/10.31434/rms.v4i5.193>
6. Botero L. y cols. Teoría y normas para el manejo de entidades ginecoobstétricas. 2000. Colombia: Ediciones Pontificia Universidad Javeriana.
7. Schiaffi J. , Pini E., Arribas L. Enfermedad trofoblástica gestacional: Diagnóstico y tratamiento en un servicio de emergencia. *Servicio de Emergencias y Obstetricia Hospital B. Rivadavia, Buenos Aires. Patología de Urgencia.* (2001) 9, 23-26.
8. Protocolos sociedad colombiana de ginecología y obstetricia, 1998.
9. Wagner, B.J., Woodward, P., Dickey, G. From the archives of the AFIP. Gestational

- trophoblastic disease: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics*. 1996; 16(1):131-48. DOI: 10.1148/radiographics.16.1.131
10. Berkowitz, R., Goldstein, D. EMBARAZO MOLAR. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*. 2009; 28(3): 129-134
 11. Quiñones Ceballos Alfredo, Martínez Corcho Manuel, Matienzo Carvajal Gema, Piña Loyola Niurka. Embarazo molar: Estudio en el período 1994-1999 en el Hospital Provincial Ginecobstétrico e Cienfuegos. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2001; 27(3): 221-225
 12. El personal de Healthwise. (29 de Mayo de 2019). Cigna. Obtenido de Cambios emocionales durante el embarazo: <https://www.cigna.com/individuals-families/health-wellness/hw-en-espanol/temas-de-salud/cambios-emocionales-durante-el-embarazo-tn10071>
 13. Souza Granero, G., Ferreira Benate Bonfim, I. H., & Da Silva Santos, Á. El impacto y la dimensión psicológica de la enfermedad trofoblástica gestacional: un estudio de caso. *Revista família, ciclos de vida e saúde no contexto social*. 2018; 6(4), 801-807. doi:10.18554/refacs.v6i4.3295