

Artículo de presentación de casos clínicos

**Embarazo molar en mujer mayor de 50 años: a propósito de un caso**  
**Molar pregnancy in a woman over 50 years: Case Report**

\*Dra. Yajaira Belalcazar

\*Hospital General Docente Ambato - Universidad Técnica de Ambato. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0316-9971>

ym.belalcazar@uta.edu.ec

Recibido: 23 de abril del 2021

Revisado: 26 de enero del 2022

Aceptado: 03 de marzo del 2022

**Resumen.**

**Introducción:** La mola hidatiforme completa que es parte de la enfermedad trofoblástica gestacional se caracteriza por la presencia de vellosidades coriales hidrópicas con ausencia de embrión o feto, y se debe a una alteración genética durante la concepción. Se presenta generalmente en edades extremas, muy asociada a la edad mayor de 45 años.

**Objetivo:** Describir un caso clínico de mola hidatiforme en mujer mayor de 50 años.

**Materiales y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo, presentación de caso clínico. La paciente fue tratada quirúrgicamente con histerectomía abdominal.

**Resultados:** Se presenta el caso de un embarazo molar en una paciente de 52 años, el mismo que se resuelve mediante histerectomía abdominal, con reporte histopatológico de mola hidatiforme completa.

**Conclusiones:** el embarazo molar es una patología frecuente en edades extremas, considerada como una alteración genética durante la fecundación. La resolución del embarazo molar puede ser mediante evacuación uterina, sin embargo considerando la edad materna, paridad y otros factores de riesgo que incrementan la posibilidad de malignidad, puede realizarse una histerectomía para el tratamiento de esta patología. El seguimiento posterior se realiza mediante cuantificación seriada de la fracción beta de la hormona gonadotropina coriónica humana, lo cual se considera básico en el manejo de la enfermedad trofoblástica.

**Palabras clave:** Embarazo, mola hidatiforme, enfermedad trofoblástica gestacional, histerectomía.

**Abstract**

**Introduction:** The complete hydatidiform mole that is part of the gestational trophoblastic disease is characterized by the presence of hydropic chorionic villi with the absence of an embryo or fetus, and is due to a genetic alteration during conception. It generally occurs in extreme ages, closely associated with age over 45 years.

**Objective:** To describe a clinical case of hydatidiform mole in a woman over 50 years of age.

**Material and methods:** Retrospective descriptive study, presentation of a clinical case. The patient was surgically treated with abdominal hysterectomy.

**Results:** The case of a molar pregnancy in a 52-year-old patient is presented, the same that is resolved by abdominal hysterectomy, with a histopathological report of complete hydatidiform mole.

**Conclusions:** molar pregnancy is a frequent pathology in extreme ages, considered as a genetic alteration during fertilization. The resolution of the molar pregnancy can be by uterine evacuation, however considering maternal age, parity and other risk factors that increase the possibility of malignancy, a hysterectomy can be performed to treat this pathology. Subsequent follow-up is performed by serial quantification of beta subunits of human chorionic gonadotrophin, which is considered essential in the management of trophoblastic disease.

**Keywords:** Pregnancy, hydatidiform mole, gestational trophoblastic neoplasms, hysterectomy.

**Introducción.**

La enfermedad trofoblástica gestacional es un conjunto de alteraciones benignas o malignas de la

gestación caracterizada por la proliferación anormal del trofoblasto y la degeneración hidrópica de las vellosidades coriales, lo que le da su

aparición característica de vesículas. Se origina en la placenta y tiene potencial de invadir el útero y hacer metástasis 1. La mola hidatiforme completa es la más frecuente y progresa en un 40% a neoplasia trofoblástica gestacional en presencia de factores de riesgo, tiene una incidencia en América del Sur que oscila entre 1.5 a 6 por cada 1000 embarazos, siendo más frecuente en edades extremas como menores de 16 años y mayores de 45 años.<sup>1</sup>

Esta enfermedad molar se divide en trastornos benignos como mola hidatiforme parcial, mola hidatiforme completa, nódulo del sitio placentario y sitio placentario exagerado; así como también desórdenes malignos o neoplasia trofoblástica gestacional dentro de los cuales se encuentran la mola invasora, el coriocarcinoma, el tumor de sitio placentario y el tumor trofoblástico epiteloide.<sup>1</sup> Esta patología se acompaña de elevación de la subunidad beta de la hormona gonadotropina coriónica humana, (BHCG) por lo que la cuantificación de la misma se utiliza para su diagnóstico y seguimiento. Además, esta elevación de la BHCG produce hiperestimulación ovárica lo que lleva la formación de quistes tecaluténicos. El tratamiento se basa en la dilatación, succión y curetaje del contenido de la cavidad uterina, además se puede considerar la histerectomía en determinadas pacientes 2,3.

**Objetivo:** Describir un caso clínico de mola hidatiforme en mujer mayor de 50 años.

**Materiales y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo, presentación de caso clínico de mujer de 52 años que acude al Hospital General Docente Ambato en año 2019. La paciente fue tratada quirúrgicamente con histerectomía abdominal.

## Resultados:

### Descripción del caso clínico

Al servicio de Ginecología del Hospital General Docente Ambato acude una paciente de 52 años, nacida en Guaranda y residente en Ambato, instrucción primaria incompleta, diestra, católica, ocupación agricultora, grupo sanguíneo desconoce; sin antecedentes clínicos o quirúrgicos de importancia. Dentro de sus antecedentes ginecoobstétricos se encuentran menarquia a los 15 años, ciclos menstruales regulares por 4 días con flujo en cantidad normal, inicio de su vida sexual a los 15 años, 1 pareja sexual, nunca se ha realizado una citología, su fecha de última menstruación es el 03/11/2019, tiene 10 gestas con 10 partos

vaginales, su último parto hace 6 años y no utiliza ningún método anticonceptivo.

Motivo de consulta: paciente con amenorrea de 16 semanas, acude por presentar dolor abdominal tipo cólico localizado en hipogastrio de 15 días de evolución, sin causa aparente, el mismo que ha ido aumentando en intensidad, razón por la que acude a esta casa de salud.

Al examen físico se encuentra una paciente consciente, orientada, afebril, hidratada con signos vitales Tensión arterial: 108/60, frecuencia cardíaca: 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 20 por minuto, saturación: 95%, temperatura 36,5 grados centígrados. Abdomen: suave depresible doloroso a la palpación en hipogastrio, se palpa masa abdominal móvil, que llega a ombligo compatible con útero, altura de fondo uterino 20 cm. ruidos hidroaéreos presentes. Región inguino-genital: genitales externos de múltipara, no pérdidas trasvaginales, al tacto vaginal útero aumentado de tamaño, aproximadamente 15 cm, globoso, de consistencia suave, móvil y levemente doloroso a la palpación, anexos libres.

Se realiza eco pélvico donde se reporta útero aumentado de tamaño 14 x 10,4 x 8,6 volumen 380 ml, en su interior imagen heterogénea como panal de abejas, anexos no se visualizan. No líquido libre en fondo de saco de Douglas. BHCG cuantitativa 1000000 mUI/ml, hemoglobina de 12.9 g/dl hematocrito 37 %. Rx de tórax sin patología.

Considerando los resultados de la ecografía y la cuantificación de BHCG compatibles con una enfermedad molar en una paciente de 52 años con paridad satisfecha y riesgo elevado de malignidad por su edad, se decide realizar una histerectomía abdominal total para resolución de su enfermedad. Paciente es sometida a histerectomía con anexectomía bilateral, encontrando un útero aumentado de tamaño de aproximadamente 18 cm de largo, globoso con contenido de vesículas en toda la cavidad uterina. Anexos macroscópicamente normales. Procedimiento sin complicaciones con sangrado aproximado de 600 ml. Se evidencian en la figura 1 el útero producto de histerectomía y su contenido.

Después de 7 días postquirúrgicos se realiza una BHCG cuantitativa observándose una disminución de su valor a 50000 mUI/ml y el resultado del estudio Histopatológico de útero reporta mola hidatiforme completa.



**Figura 1.** Útero producto de Histerectomía abdominal total con contenido de embarazo molar. Fuente: Fotografías del Autor

### Discusión

La enfermedad trofoblástica gestacional es una proliferación anormal del trofoblasto y se clasifica en :

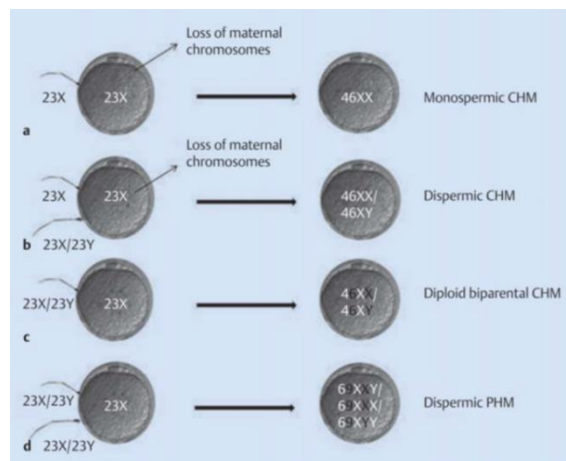
- Enfermedad Benigna: Mola hidatiforme parcial, mola hidatiforme completa, nódulo del sitio placentario, sitio placentario exagerado.
- Enfermedad Maligna o Neoplasia trofoblástica gestacional: mola invasora, coriocarcinoma, tumor de sitio placentario y tumor trofoblástico epiteloide.

#### Mola hidatiforme completa

Se caracteriza por la tumefacción hidrópica de las vellosidades coriales con ausencia de embrión.

La incidencia de Mola Hidatiforme varía al rededor del mundo, siendo de 0.5 – 1 por 1000 embarazos en América del Norte y Europa, 1.5 – 6 por 1000 embarazos en América del Sur y más de 12 por 1000 embarazos en Asia. La incidencia de coriocarcinoma y tumor trofoblástico del sitio placentario es de 1 en 50000 embarazos. Después de 1 embarazo molar su riesgo aumenta entre 1 a 2 % y de 15 a 20% después de 2 embarazos molares, sin embargo, los extremos de la edad materna, es decir menores de 16 años y mayores de 45 años, constituyen un factor fuertemente asociado a embarazo molar, también se ha encontrado asociación de factores hormonales como menarquia tardía, uso de anticonceptivos orales y flujo menstrual escaso con aumento de riesgo de embarazo molar. (1)

La enfermedad trofoblástica gestacional es el resultado de una alteración genética durante la fecundación. En la mola completa se produce la fecundación de un óvulo vacío por un espermatozoide haploide y se produce una endoduplicación y menos frecuente son los casos de dispermia, siendo entonces el ADN nuclear exclusivamente paterno, y en la mola parcial se produce la fecundación de un óvulo por 2 espermatozoides teniendo un material genético triploide, en la mola parcial es posible identificar un embrión o feto. (1) (Figura 1)



**Figura 2.** [:Gestational Trophoblastic Disorders Fuente: Tomado de Stevens FT et al.. Geburtsh Frauenheilk 2015

Ocasionalmente otras alteraciones en el embarazo como trisomías, monosomías, triploidías y traslocaciones pueden simular características histológicas de una mola, en tal caso se emplea determinación de P57 permite distinguir entre mola parcial, completa y embarazos no molares, teniendo un resultado negativo en mola completa. (1)

Dentro de las características clínicas la paciente puede presentar un sangrado irregular e inesperado, además náusea, vómito, hiperémesis, preeclampsia precoz, hipertiroidismo, anemia, crecimiento uterino y distrés respiratorio o síntomas neurológicos en caso de metástasis 3. Sin embargo la ecografía pélvica donde se visualizan signos característicos como imagen de copos de nieve o panal de abejas en cavidad uterina, permite realizar el diagnóstico de embarazo molar incluso antes de que se presenten los síntomas. (1) El porcentaje de diagnóstico se incrementa con la edad gestacional 40% antes de las 14 semanas y 60% después de las 14 semanas. A esto se suma la elevación anormal de la subunidad beta de la hormona gonadotropina coriónica humana para el diagnóstico de enfermedad

trofoblástica gestacional. (1-2-9) El diagnóstico definitivo del tipo de enfermedad trofoblástica es el estudio histopatológico. (2)

El tratamiento se basa en la dilatación, succión y curetaje del contenido de la cavidad uterina, sin uso previo de prostaglandinas para maduración cervical, ya que esto incrementa el riesgo de embolización, sin embargo, si se recomienda el uso de uterotónicos posterior a la evacuación uterina. No hay indicación clínica para el uso

rutinario de la segunda evacuación uterina en el manejo de los embarazos molares. (4)

se puede considerarse la histerectomía sin ooforectomía como tratamiento de la enfermedad molar en pacientes con riesgo de malignidad, mujeres mayores de 40 años y mujeres entre 35 a 40 años con paridad satisfecha, patología uterina asociada, perforación uterina o hemorragia obstétrica. (1-4)

La histerectomía es una alternativa razonable para las pacientes que han completado la maternidad y con factores de riesgo de neoplasia trofoblástica gestacional como edad >40 años, BGCG >100000 mUI/ml, útero mayor que la amenorrea, quistes tecaluteínicos >5cm, retraso en la evacuación superior a 4 meses, antecedente de enfermedad trofoblástica gestacional, manifestaciones clínicas severas y grupo sanguíneo O/A o A/O. La mola hidatiforme completa es la más frecuente. El 40% progresa a neoplasia trofoblástica gestacional en presencia de factores de riesgo, sin embargo, este riesgo se reduce a 5% si no presenta dichos factores. (5,8)

Si los quistes tecaluteínicos son muy grandes pueden aspirarse para reducir su tamaño y conservar los ovarios ya que rara vez se ha visto metástasis ovárica. (5)

En pacientes Rh negativo se recomienda la administración de la inmunoglobulina anti D después de la evacuación. (2)

El seguimiento de la enfermedad trofoblástica se realiza con la cuantificación de BHCG según la siguiente tabla: (1-2)

Tabla 1. Seguimiento de enfermedad trofoblástica

	<b>MOLA COMPLETA</b>	<b>MOLA PARCIAL</b>
Duración del control con $\beta$ HCG sérico/urinario	1 año	3-6 meses
Frecuencia de medición de $\beta$ HCG	Semanalmente hasta tener 3 títulos negativos luego mensualmente	Semanalmente hasta tener 2-3 títulos negativos luego mensualmente

Modificado de Stevens FT et al. Gestational Trophoblastic Disorders. Geburtsh Frauenheilk 2015

La anticoncepción está recomendada después de la evacuación. (3-4).

En el caso presentado se consideraron los siguientes factores de riesgo para progreso a malignidad: edad de 52 años, valor de BHCG mayor a 100000 mUI/ml, embarazo de 16 semanas, además la paciente no tiene deseo de otro embarazo por lo que se decide realizar una histerectomía abdominal total con seguimiento posterior con BHCG. El histopatológico reporta una mola hidatiforme completa, dicha variedad es la que más se asocia a progreso de malignidad. (7)

En algunos estudios se han reportado como factor de riesgo la edad materna extrema, en una serie del Charing Cross Hospital de Londres, que incluyó 7916 embarazos molares, se encontró una edad media de 27 años de las incluidas en el estudio y se reportó que el mayor riesgo de embarazo molar fue en mujeres  $\leq 15$  años y  $\geq 45$  años. Un estudio de casos y controles encontró que el riesgo de una mola completa se duplicó en mujeres > 35 años y se multiplicó por 7.5 en mujeres > 40 años. (5-7)

#### **Conclusiones**

La mola hidatiforme es una patología que se puede diagnosticar mediante la imagen característica en ecografía y valores elevados de BHCG, sin embargo, el diagnóstico definitivo se realiza mediante el estudio histopatológico ya sea de la muestra obtenida mediante vaciamiento uterino o de la pieza uterina completa.

Se deben valorar los factores asociados a malignidad que cada paciente presente para decidir el manejo más adecuada, además de considerar la paridad de la paciente sobre todo para realizar un tratamiento definitivo como la histerectomía.

Los datos mencionados sugieren que la edad materna extrema es un factor de riesgo importante para la formación de un embarazo molar, esto puede ser debido a que los óvulos de mujeres mayores son más susceptibles de una fertilización anormal. Además, la edad mayor de 40 años junto con otros factores aumenta la probabilidad de malignidad.

El seguimiento posterior a la evacuación con cuantificación de BHCG, es el punto clave en el manejo de la enfermedad molar ya que nos permite diagnosticar la persistencia de la misma o la sospecha de malignidad y así brindar a la paciente un tratamiento oportuno, a fin de prevenir la progresión a una enfermedad invasora y metastásica.

### Conflicto de interés

El autor declara no poseer conflictos de interés.

trophoblastic disease. *Obstet Gynecol.* 2008;112:244–50.

9) Soper J. Gestational Trophoblastic Disease. *Obstet Gynecol* 2006;108:176–87).

### Referencias

1) Stevens FT, Katzorke N, Tempfer C, Kreimer U, Bizjak G, Fleisch M, Fehm T. *Geburtsh Frauenheilk. Gestational Trophoblastic Disorders.* 2015; 75: 1043–105.

2) Bolze P, Attia J, Massardier J, Seckl M, Massuger L, Trommel N, Niemann I, Hajri T, Schott A, Golfier F, for the EOTTD group. Formalised consensus of the European Organisation for Treatment of Trophoblastic Diseases on management of gestational trophoblastic diseases. *Eur J Cancer.* 2015 Sep;51(13):1725-31

3) Tidy J, Seckl M, Hancock BW, on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of Gestational Trophoblastic Disease. *BJOG* 2021;128:e1–e27.

4) Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional, México; Secretaría de Salud, 2009.

5) Berkowitz R, Horowitz N, Elias K, Mola hidatiforme: Hydatidiform mole: Treatment and follow-up.

UpToDate. Última actualización de este tema: 01 de octubre de 2020.

[https://www.uptodate.com/contents/hydatidiform-mole-treatment-and-followup?search=molar&source=search\\_result&selectedTitle=1~134&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H20921499](https://www.uptodate.com/contents/hydatidiform-mole-treatment-and-followup?search=molar&source=search_result&selectedTitle=1~134&usage_type=default&display_rank=1#H20921499)

6) Hydatidiform mole: Epidemiology, clinical features, and diagnosis. Berkowitz R, Horowitz N. UpToDate Última actualización de este tema: 29 de enero de 2019. [https://www.uptodate.com/contents/hydatidiform-mole-epidemiology-clinical-features-and-diagnosis?search=molar&topicRef=3194&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/hydatidiform-mole-epidemiology-clinical-features-and-diagnosis?search=molar&topicRef=3194&source=see_link)

7) Hou JL, Wan XR, Xiang Y, Qi QW, Yang XY. Changes of clinical features in hydatidiform mole: Analysis of 113 cases. *J Reprod Med.* 2008; 53:629–33.

8) Altman AD, Bentley B, Murray S, Bentley JR. Maternal age-related rates of gestational