

Mola hidatiforme como manifestación ginecobstétrica en el curso de las enfermedades reumáticas

Hydatiform mole as a gynecological manifestation in the course of rheumatic diseases

Urbano Solís Cartas^{1,2,3}

Silvia Johana Calvopiña Bejarano²

José Pedro Martínez Larrarte⁴

Iván Menes Camejo²

Gladys Lorena Aguirre Saimeda²

¹Universidad Nacional de Chimborazo. Chimborazo, Ecuador.

²Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Chimborazo, Ecuador.

³Hospital Andino de Chimborazo. Chimborazo, Ecuador.

⁴Laboratorio Central de Líquido cefalorraquídeo. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Las enfermedades reumáticas pertenecen a un grupo que provocan manifestaciones clínicas en varios sistemas de órganos de la anatomía humana. Las complicaciones ginecobstétricas no son las que con mayor frecuencia se presentan. La enfermedad trofoblástica gestacional agrupa un conjunto de lesiones benignas como la mola hidatiforme y la neoplasia trofoblástica gestacional. Este trabajo se propone presentar un caso con los elementos clínicos e imagenológicos que permiten llegar al diagnóstico de una mola hidatiforme. Se trata de una paciente de 48 años de edad, con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico, que acude con manifestaciones clínicas que permitieron llegar al diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional con mola hidatiforme completa. Las enfermedades reumáticas, en especial el lupus eritematoso sistémico, provocan complicaciones ginecobstétricas. La enfermedad trofoblástica gestacional con mola hidatiforme completa, a pesar de ser una rara entidad, afecta considerablemente el bienestar

biopsicosocial de las pacientes y disminuye su percepción de calidad de vida relacionada con la salud.

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

ABSTRACT

Rheumatic diseases fit in a group that cause clinical manifestations in various organ systems of the human anatomy. Gyneco-obstetric complications are those that occur less frequently. Gestational trophoblastic disease groups together benign lesions such as hydatidiform mole and gestational trophoblastic neoplasia. This paper intends to present a case with the clinical and imaging elements that allow the diagnosis of hydatidiform mole. We present a 48-year-old female patient with a diagnosis of systemic lupus erythematosus, who presents with clinical manifestations that led to the diagnosis of gestational trophoblastic disease with complete hydatidiform mole. Rheumatic diseases, especially systemic lupus erythematosus, cause gyneco-obstetric complications. Although being a rare entity, the gestational trophoblastic disease with complete hydatidiform mole greatly affects the biopsychosocial wellbeing of patients and decreases their perception of health-related quality of life.

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

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades reumáticas (ER) son un grupo de afecciones, que además de caracterizarse por la presencia de dolor, inflamación, rubor, rigidez y deformidad articular, son consideradas como enfermedades sistémicas que afectan cualquier órgano o sistema de órgano del cuerpo humano.^{1,2,3}

De acuerdo a la literatura consultada, se conoce que aqueja al 23 % de la población mayor de 15 años y generalmente existe un predominio de afectación en el sexo femenino. Las ER son descritas como la cuarta causa de discapacidad a nivel mundial.^{2,4,5}

Las complicaciones notificadas con mayor frecuencia, están relacionadas con la afectación del sistema renal, nervioso, cardiovascular, respiratorio y digestivo. Las manifestaciones ginecobstétricas no son las más reportadas y cuando existen reportes de ellas se refieren, fundamentalmente, a trastornos relacionados con la gestación.⁶

La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) engloba patologías que generan una proliferación anormal del trofoblasto en busca de oxígeno. Se presenta en uno de cada 1 500 embarazos.^{7,8}

Se describen varios factores de riesgo que predisponen la aparición de la enfermedad, donde se destacan los antecedentes de ETG previa, la edad materna menor de 20 años o mayor de 40 años, el uso de anticonceptivos orales, la

multiparidad y la presencia de grupo sanguíneo A o AB. Se clasifica en mola hidatiforme completa o parcial y neoplasia trofoblástica gestacional.^{7,8,9}

El término de mola hidatiforme parcial se utiliza para describir la degeneración hidrópica que se limita a un área determinada de la placenta. En esta forma clínica puede existir feto, el cual puede ser viable, pero casi siempre presenta anormalidades cromosómicas. Se presentan en un 24 % de los diagnósticos de mola hidatiforme (MH). La manifestación clínica predominante son las hemorragias, de ahí su parecido con un aborto espontáneo. Los cariotipos triploides posibles son 69XXY, 69XXX o 69XYY.^{10,11,12}

La mola hidatiforme completa, tiene su origen en la fecundación de un óvulo anucleado por dos espermatozoides con carga genética independiente. También puede presentarse al ocurrir la fecundación con un espermatozoide el cual sufre una división después de la penetración. El patrón cromosómico puede ser 46XX o 46XY.¹⁰

Los síntomas característicos de estas afecciones incluyen la presencia de hemorragia irregular y de intensidad variable. El tamaño uterino suele ser mayor al normal, de acuerdo a la edad gestacional. Síntomas subjetivos del embarazo, como náuseas y vómitos, también suelen estar presentes. Puede aparecer toxemia en el primer trimestre, con síntomas de pre-eclampsia en fase temprana.⁸

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.¹³

La ecografía aporta elementos conclusivos para el diagnóstico de la enfermedad. En la MH completa muestra imágenes semejantes a copos de nieve, a veces acompañados de quistes de teca luteínicos en los ovarios. En MH parcial se observa pequeñas vesículas con distribución focal en zonas de corion más refringente.¹³

Se describe que el tratamiento a seguir se enfoca principalmente en la evacuación de todo el tejido proliferado, mediante legrado y/o aspiración uterina, o histerectomía total si la paciente es mayor de 40 años y ya ha cumplido su deseo gestacional, y lo más importante, en el seguimiento periódico para confirmar la resolución de la enfermedad. Antes de evacuar la mola se debe evaluar el estado general de la paciente para detectar posibles enfermedades concomitantes.¹⁰

La principal complicación descrita es la enfermedad trofoblástica gestacional persistente. Esto sucede alrededor del 11 % de mujeres con molas parciales y entre el 18 % y 29 % de pacientes con molas completas. Puede aparecer también una transformación hacia un tumor maligno, coriocarcinoma gestacional, lo que afecta más aún la calidad de vida de las pacientes con enfermedad reumática o con otra afectación crónica.^{13,14}

Se decide realizar esta presentación de una paciente de 48 años de edad con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (LES), al tener en cuenta la relativa frecuencia con que se presentan las ER, lo infrecuente de aparición de la MH y de la asociación entre ambas. A la paciente se le realiza diagnóstico de MH completa, cuyo conocimiento se considera de mucho valor para la comunidad médica.

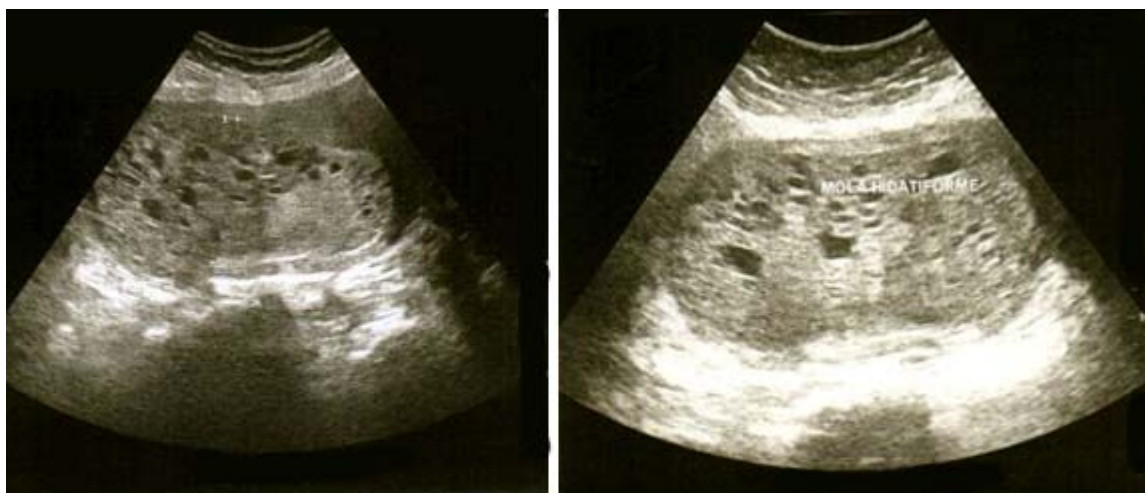
CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 48 años de edad, con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico de ocho años de evolución y tratamiento con azatioprina, aspirina, esteroides e hidroxicloroquina. Tiene historia obstétrica normal que incluye tres partos fisiológicos. En esta ocasión presenta una gestación de 14,3 semanas y acude a consulta de ginecología por presentar sangrado vaginal de moderada intensidad, con presencia de coágulos sanguíneos y dolor abdominal.

Al examen físico se constató la presencia del sangrado vaginal de color rojo oscuro, entre escaso y moderado, con presencia de coágulos sanguíneos. Se detectó dolor abdominal en hipogastrio de moderada intensidad, con una valoración de 8 en la escala visual análoga de dolor. Se realizó examen bimanual y tacto vaginal en los que se encuentra una altura de fondo uterino de aproximadamente de 20 cm, el resto del examen es normal.

Dentro de los resultados de exámenes complementarios, se destaca una anemia ligera (con 10,9 g/L de hemoglobina) y disminución de la glucosa de 49 mg/dL. Las pruebas hormonales arrojaron cifras de la hormona gonadotropina coriónica de 144 293,00 UI/mL.

La ecosonografía ginecobstétrica mostró la presencia de una cavidad endometrial de 7,53 cm, con tejido placentario y gran cantidad de vesículas de diferentes dimensiones, no se evidencia feto (Fig.).



Fuente: Fotografía tomada por el primer autor.

Fig. Ecosonografías donde se muestra endometrio engrosado con presencia de múltiples vesículas.

Al tener en cuenta los síntomas y signos presentados por la paciente, se llegó al diagnóstico de una MH completa, por lo que se procedió a realizar el tratamiento definitivo de la enfermedad.

Una vez mejorado el estado hemodinámico, se realizó histerectomía con doble anexectomía y determinaciones sistemáticas de BHCG durante el proceso de

recuperación. La paciente fue dada de alta 27 días después, al mostrar una adecuada recuperación clínica y de laboratorio. Se mantiene el seguimiento tanto en consulta de ginecología como en reumatología, con valores de BHCG que han ido normalizándose rápidamente.

COMENTARIOS

La mola hidatiforme completa es una enfermedad poco frecuente. No se localizan notificaciones en la literatura que la relacionen en una paciente con LES. Se describen varios factores de riesgo para que aparezca la MH, en este caso no se reporta la presencia de ninguno de ellos, al no ser la edad materna avanzada, mayor de 40 años. Otro elemento a tener en cuenta está relacionado con el antecedente de LES como enfermedad autoinmune, aunque no se recogen antecedentes de relación entre ambas afecciones.

Se describe que las edades inferiores a 20 años y mayores de 40 años son las de mayor incidencia de presentación de la enfermedad. Una posible explicación está dada por los trastornos de producción hormonal que pueden aparecer en estas edades y provocan desequilibrio entre las concentraciones de estrógenos y progesteronas. Otro elemento a tener en cuenta es también la escases de folículos ováricos.¹³

También resulta importante tener en cuenta que esta paciente tiene como diagnóstico de LES, enfermedad que genera alteraciones en la producción de hormonas.^{14,15}

El diagnóstico de mola hidatiforme se basó en el antecedente de amenorrea con gestación de 14,3 semanas y la incoherencia entre la altura uterina y la edad gestacional, además de la presencia de sangramiento vaginal y coágulos sanguíneos, unido a los hallazgos imagenológicos asociados al aumento de los valores de la hormona gonadotropina coriónica, por encima de 100 000 UI/mL.

Se reporta que en pacientes con mola hidatiforme completa, el dolor en hipogastrio es una de los síntomas y signos más referenciados. El dolor se produce por la implantación del sincitiotrofoblasto, con gran presencia de vesículas dentro de la cavidad uterina. Estos elementos, en imagen ecosonográfica, son conocidos como imagen en copo de nieve.¹⁴

En la mola hidatiforme completa, los niveles de la hormona gonadotropina coriónica son iguales o mayores 100 000 UI/mL, debido a que el tejido hidatiforme produce grandes cantidades de la hormona. Una vez realizada la evacuación del tejido productor de BHCG, los valores de esta hormona deberán disminuir de forma considerable.¹⁶

La anemia en esta paciente pudo haber estado dada por varias razones: por la presencia del sangramiento vaginal y los coágulos sanguíneos y por la enfermedad de base (LES). Ambas causas pueden combinarse para provocar la disminución de los valores de hemoglobina en esta paciente.

El tratamiento consiste en la estabilización hemodinámica de la paciente y la evacuación del proceso proliferativo -mediante aspiración y/o legrado de la cavidad uterina- en pacientes en edad fértil y que deseen seguir procreando. La

histerectomía se realiza en pacientes con MH recidivante o maligna o en pacientes que ya hayan cumplido su deseo gestacional.^{15,16}

Los valores elevados de hormona gonadotropina coriónica humana, en una mujer gestante, trae consigo a que se altere la condición hematológica que, sumada con trastornos en la coagulación, predispone la presencia de alteraciones en el aparato circulatorio (preeclampsia). Otro elemento importante en este caso es la presencia del LES como enfermedad de base. El LES trae consigo un estado de hipercoagulabilidad asociado, que aumenta más aún la posibilidad de aparición de preeclampsia.^{15,17,18}

La mola hidatiforme no es de las complicaciones que con mayor frecuencia aparece en las gestantes con LES. No obstante, su aparición complica la evolución del embarazo y del producto final de la gestación. Es por esto que resulta imprescindible mantener un adecuado seguimiento clínico e imagenológico de las gestantes con lupus eritematoso sistémico.

El dolor abdominal, el sangrado vaginal, los niveles elevados de BHCG y la presencia de proliferación del endometrio con vesículas de tamaño variables, fueron las manifestaciones que permitieron arribar al diagnóstico de la enfermedad.

Los trastornos hormonales parecen ser el elemento desencadenante de ambas afecciones, tienen como elemento común la presencia de alteraciones en la producción de estrógenos y progesterona.

Conflictos de interés

Los autores refieren no presentar conflictos de intereses.

REFERENCIAS

1. Solís-Cartas U, Prada-Hernández D, Crespo-Somoza I, Gómez-Morejón J, de-Armas-Hernandez A, Garcia-González V, Hernández-Yane A. Percepción de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con osteoartritis de manos. Rev Cubana Reumatol. 2015;17(2):[aprox. 7 p.]. Acceso: 30/01/2018. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/410>
2. Gómez-Morales J, LLópez-Morales M, Luaces-Martinez A, Blanco-Cabrera Y, Viera-Rosales M, Solís-Cartas U. Comportamiento de las Manifestaciones oftalmológicas en pacientes con artritis reumatoide. Rev Cubana Reumatol. 2015;17(2):[aprox. 5 p.]. Acceso: 28/01/2018. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/398>
3. Solís-Cartas U, Torres-Carballeira R, Pérez-Piñero J. Tratamiento por artroscopia para afecciones de rodilla en adultos mayores. Rev Cubana Reumatol. 2013;12(16):45-9.
4. Solís-Cartas U, Garcia-Gonzalez V, de-Armas-Hernandez A. Rasgos demográficos en la osteoartritis de manos. Rev Cubana Reumatol. 2014;16(3):[aprox. 7 p.].

Acceso: 11/02/2018. Disponible en:

<http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/338>

5. Solis-Cartas U, García-González V, Hernández A, Solis-Cartas E. Síndrome Poliglandular tipo III. A propósito de un caso. Rev Cubana Reumatol. 2014;16(Suppl. 1): [aprox. 3 p.]. Acceso: 03/02/2018. Disponible en:

<http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/370>

6. Solis-Cartas U, García-González V. Relación entre afecciones bucales y enfermedades reumáticas. Rev Cubana Reumatol. 2014;16(3): [aprox. 6 p.]. Acceso: 04/03/2018. Disponible en:

<http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/356>

7. Solis-Cartas U, García-González V, Hernández-Yane A, Solis-Cartas E. Síndrome Stevens Johnson como complicación de un paciente reumático. Rev Cubana Reumatol. 2014;16(Suppl. 1): [aprox. 3 p.]. Acceso: 13/03/2018. Disponible en:

<http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/373>

8. Lascano Pizarro TS. Comportamiento de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional en pacientes expuestas a Químicos Textiles admitida en el Hospital Básico Pelileo. [Tesis]. Ambato: Universidad Técnica de Ambato-Escuela de Medicina; 2014.

9. Drouet W. Incidencia, manejo obstétrico y complicaciones del embarazo molar. Hospital Nacional de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón 2008 - 2010. [Tesis]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil-Facultad de Ciencias Médicas; 2011.

10. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Enfermedad Trofoblástica Gestacional. En: Leon W, Yépez E, Nieto MB, editores. Componente Normativo Materno Neonatal. Quito: CONASA; 2008. p. 130-7.

11. Khanna Jimenez P. Enfermedad Trofoblástica. Rev Med de Costa Rica y Centroamérica. 2016;LXXIII(618): 173-8.

12. Orostegui S, Arenas Y, Galindo L. Enfermedad trofoblástica gestacional. Rev Med UNAB. 2008;XI(2): 140-8.

13. Usandizaga JA, Fuente P. Enfermedad Trofoblástica Gestacional. En: Usandizaga JA. Obstetricia y Ginecología. Madrid: Marbán; 2010. p. 285-9.

14. Solis Cartas U, Calvopiña Bejarano SJ. Comorbilidades y calidad de vida en Osteoartritis. Rev Cubana Reumatol. 2018;20(2): [aprox. 29 p.]. Acceso: 30/03/2018. Disponible en:

<http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/609/html>

15. Gil-Armenteros R, Solis-Cartas U, Milera-Rodríguez J, De-Armas-Hernandez A. Mielitis transversa como debut de un lupus eritematoso sistémico. Rev Cubana Reumatol. 2013;15(3): [aprox. 10 p.]. Acceso: 15/02/2018. Disponible en:

<http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/284/454>

16. Gallego G. Enfermedad Trofoblástica Gestacional. En: Botero J, Jubiz A, Henao G. Obstetricia y Ginecología. Texto Integrado. 7a. ed. Bogotá: Quebecor World; 2004. p. 643-6.

17. Solis-Cartas U, Amador-García D, Crespo-Somoza I, Pérez-Castillo E. Síndrome de Guillain Barré como forma de debut en el lupus eritematoso sistémico. Rev

Cubana Reumatol. 2015;17(2 Suppl. 1): [aprox. 3 p.]. Acceso: 25/06/2018.

Disponible en:

<http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/422>

18. Solís Cartas U, Gualpa Jaramillo G, Valdés González JL, Martínez Larrarte JP, Menes Camejo I, Flor Mora OP. Mielomeningocele y lupus eritematoso sistémico, una relación infrecuente. Rev Cubana Reumatol. 2017;19(2): [aprox. 6 p.]. Acceso: 24/02/2018. Disponible en:

<http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/554/html>

Recibido: 05/04/2018

Aprobado: 18/04/2018

Urbano Solís Cartas. Universidad Nacional de Chimborazo. Riobamba, Chimborazo, Ecuador.

Correo electrónico: umsmwork74@gmail.com