

### Mola invasiva en paciente sin gestaciones previas

**Autores:** Llamas Sarriá, MA; Pérez Vidal, JR; Ruiz Boluda, I; Gallego Pozuelo, RM; Crespo Bañón, P; Valenciano Rodríguez, M; Merlos Martínez, MI; Orenes Moreno, María.

**Introducción:** la neoplasia trofoblástica gestacional (NTG) es una entidad tumoral poco frecuente en ginecología. Es importante destacar el valor diagnóstico de un test de gestación en estos casos. Se trata una prueba rápida, sencilla y de bajo coste que nos permite orientar el proceso diagnóstico-terapéutico de estas pacientes. En nuestro caso clínico la rapidez de diagnóstico y de tratamiento fue posible gracias a la realización de esta prueba.

#### Caso clínico

Paciente de 53 años, nuligesta y sin antecedentes de interés. Acude a urgencias por sangrado menor que regla casi diario de dos meses de evolución. Refería episodios de amenorrea previos de varios meses de evolución durante el último año.

**Exploración física:** palpación de masa sólida en hipogastrio y a la especuloscopia sangrado menor que regla procedente de cavidad, sin otros hallazgos.

**Pruebas complementarias:**

Ecografía transvaginal: útero de 148x137x88 mm y cavidad ocupada por proliferación neoplásica de 78x53x94 mm de estructura compleja que infiltraba miometrio hasta alcanzar casi la serosa (grosor miometrial libre de infiltración de 4 mm). Vascularización desordenada y anárquica score 4. Puesto que la paciente no se encontraba en menopausia se realizó test de gestación que fue positivo. Ante estos hallazgos y con la sospecha de neoplasia trofoblástica gestacional se realizó cuantificación de BHCG en sangre con resultado de 708.110 mUI/ml.

TAC toraco-abdomino-pélvico: masa tumoral a nivel uterino de 10 cm de diámetro máximo sin signos evidentes de metástasis ni pulmonares ni a otros niveles.

**Tratamiento y seguimiento:**

Sospecha de coriocarcinoma se realiza histerectomía total + doble anexectomía y se envía la pieza a anatomía patológica (AP) para su estudio. La AP informa de enfermedad trofoblástica gestacional tipo mola hidatiforme invasiva. Tras la cirugía se comienza con visitas de seguimiento periódicas para controlar el descenso de BHCG.

#### Discusión:

La NTG comprende un grupo de neoplasias malignas (mola invasiva, coriocarcinoma, tumor trofoblástico del sitio placentario y tumor epitelioide) que derivan del trofoblasto y que pueden aparecer tras una mola hidatiforme (50% de los casos) o una gestación no molar (25% tras aborto o embarazo ectópico tubárico, y 25% tras gestación a término o pretérmino). Los principales factores de riesgo son el antecedente de una gestación molar, la edad materna extrema (< 20 o > 40) y la raza asiática o india americana.

La clínica es muy variada y va desde efectos secundarios a los niveles elevados de bHCG hasta la presencia de sangrado uterino anómalo, dolor pélvico o síntomas derivados de metástasis en otros órganos. Para el diagnóstico es imprescindible la historia clínica preguntando por número de gestaciones, duración y final. Exploración física. Analítica con bHCG, función tiroidea, hepática, renal y coagulación. Ecografía transvaginal para describir y delimitar el tumor, radiografía o TAC pulmonar para descartar metástasis y en caso de encontrarlas o de neoplasia de alto riesgo TAC abdomino-pélvico.

La NTG es una enfermedad que diagnosticada a tiempo tiene altas tasas de curación. En el caso de nuestra paciente no teníamos registradas gestaciones previas que pudieran justificar la NTG. Sin embargo dados los episodios de amenorrea previos se podría sospechar una mola no diagnosticada.

#### Bibliografía:

1. Berkowitz R, Horowitz N. Gestational trophoblastic neoplasia: Epidemiology, clinical features, diagnosis, staging, and risk stratification (Clinical practise guideline). 2022 Nov.
2. Lejárcegui J. Enfermedad trofoblástica gestacional. In: Obstetricia Jesús González Merlo. 2018. p. 351–65.
3. Berkowitz R, Horowitz N. Initial management of low-risk gestational trophoblastic neoplasia (Clinical practise guideline). 2022 Nov;

