

# Enfermedad trofoblástica gestacional: Diagnóstico y tratamiento en un servicio de emergencia



Dr. Jorge A. Schiaffi\*

Dr. Enrique C. Pini\*\*

Dr. Lía M. Arribas\*

## Introducción

Dentro de los diagnósticos diferenciales de las hemorragias del primer trimestre de la gestación se debe considerar el embarazo molar o enfermedad trofoblástica gestacional (ETG).

En la ETG debido a un evento aberrante en la fertilización, las vellosidades de la placenta se tornan hidrópicas y proliferan elementos trofoblásticos.

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.

La ETG puede tener comportamiento invasivo y atípico con diseminación a distancia (coriocarcinoma), un diagnóstico temprano y una evacuación eficaz permite diferenciar rápidamente estos casos para aplicar los

tratamientos complementarios (quimioterapia).

## Caso clínico

Consulta en Guardia una paciente de 16 años, con dolor en hipogastrio de tipo cólico, ginecorragia escasa de 24 horas de evolución y atraso menstrual de 12 semanas según F. U. M. Eumenorreica, nulípara, sin método anticonceptivo.

Al examen físico revela una T. A. de 100/60 mmHg. FC: 92 por minuto con sensorio conservado. Se palpa formación lisa y redondeada que ocupa todo el hipogastrio hasta el nivel umbilical.

El examen ginecológico presenta: genitales externos de características normales, vagina indemne, cuello uterino aumentado de tamaño, reblandecido, congestivo, constatándose salida de sangre por el orificio cervical externo (O.C.E.)

Al tacto bimanual O.C.E. entreabierto, útero con disminución de su consistencia, aumentado de tamaño hasta nivel umbilical (aproximadamente como un embarazo de 5 meses). Se decide su internación por paciente adolescente sin control antenatal y diagnóstico presuntivo de: 1) amenaza de aborto en embarazo de 20 semanas aproximadamente, 2) ETG.

\*Staff del Servicio de Emergencias y Servicio de Ginecología  
Hospital B. Rivadavia

\*\*Staff del Servicio de Emergencias y Obstetricia  
Hospital B. Rivadavia

Se realiza ecografía que informa: útero aumentado de tamaño, de 189 x 138 x 102 mm con múltiples imágenes anecoicas de diferentes tamaños, en "panal de abejas" (Fotos 1 y 2)

No se evidencia ningún embrión. Pared uterina conservada de 18 mm. Anexos aumentados de volumen con reacción tecoluteínica multiquística (Foto 3). Diagnóstico Ecográfico: ETG.

Ante el diagnóstico de ETG se realizan los estudios necesarios para su estadificación y tratamiento.

### 1) Laboratorio:

- a) Beta hCG: 546.494 mU/ml
- b) Rutina:
  - Hemograma (Hto: 30%. GB: 10,300)
  - Glucemia normal
  - Hepatograma dentro de valores normales
  - Urea normal
  - Coagulación dentro de rangos normales

2) Rx Tórax: sin evidencias de lesiones

3) Ecografía hepática: normal

La paciente evoluciona con aumento de la contractilidad uterina y de la cantidad de pérdida sanguínea. Un nuevo exámen ginecológico reveló un cuello uterino con canal permeable, palpándose material vesicular protruyendo O. C. E. Se decide la evacuación uterina mediante aspiración, bajo control ecográfico y anestesia general.

## Descripción del procedimiento

Luego de la antisepsia local y colocación de campos estériles con la paciente en posición ginecológica, se coloca espéculo vaginal y se tracciona con una pinza erina el labio anterior del cuello uterino. Se comprueba la dilatación con bujías de Hegar hasta la número 10 ó 12 y finalmente se introduce la cánula de aspiración sobrepasando apenas el orificio cervical interno (O.C.I.), con movimientos de introducción-extracción y rotatorios se aspira el contenido de la cavidad uterina. Concomitantemente con el procedimiento de aspiración se inicia una infusión con ocitócicos. Después de completar la evacuación aspirativa se utiliza cureta para



FOTO 1 ÚTERO OCUPADO POR CONTENIDO MOLAR



FOTO 2 CORTE TRANSVERSAL Y LONGITUDINAL DEL ÚTERO, ASPECTO DE «TORMENTA DE NIEVE»



FOTO 3 QUISTE TECOLUTEÍNICO DEL OVARIO.

eliminar cualquier tejido molar remanente.

Todo el procedimiento se realizó bajo control ecográfico (Foto 4 y 5). Al finalizar el tamaño uterino era de 118 x 40 y sin evidencias de material en cavidad uterina.

Todo el material extraído fue enviado para su estudio anatomopatológico, el que finalmente informó: Mola Hidatiforme (ETG).

El control post operatorio (control de parámetros, examen abdominal, cantidad de pérdida sanguínea e involución uterina) fue normal y a las 72 horas del procedimiento y con dosaje de Beta hCG de 25,437 mu/ml se decide el alta de internación. La paciente evoluciona satisfactoriamente negativizando los dosajes hormonales y estudios ecográficos sin evidencias de

enfermedad residual.

## Comentarios

El embarazo molar es más frecuente en mujeres jóvenes (<17 años) y en mayores (40 o mas años), apareciendo en aproximadamente 1 de cada 2000 gestaciones (en EE. UU.). Por razones desconocidas, en países asiáticos se alcanzan cifras de 1 cada 200 gestaciones.

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).

El uso amplio de la ecografía para evaluar el embarazo temprano y la hemorragia durante el primer trimestre ha contribuido al diagnóstico más oportuno del embarazo molar. En consecuencia, se diagnostican actualmente en una gestación muy temprana, frecuentemente antes de la presentación de signos y síntomas.

En un Servicio de Emergencias la presentación clínica más común es una amenaza de aborto con hemorragia vaginal indolora. Puede presentar contracciones dolorosas y evacuación de tejido molar. Otras características que incrementa la sospecha es la presencia de un útero más grande que la amenorrea que refiere la paciente (aproximadamente 50% de las pacientes) Otros síntomas son la hiperemesis (15 -25% de las pacientes), toxemia (3 en 4% de los casos) o hipertiroidismo clínico en 2-7% de las ETG.

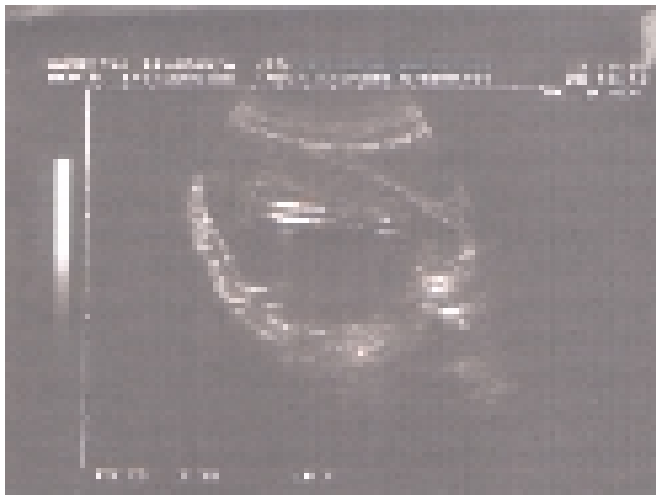
El método de diagnóstico por imágenes de elección es la ecografía. Suele ser de fácil identificación el patrón característico en tormenta de nieve con un útero aumentado de tamaño. Menos frecuentemente los hallazgos ecográficos pueden ser similares a un aborto retenido o incompleto. También se observan 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.

La ETG se puede clasificar en: benigna o no metastásica, invasiva y metastásica o coriocarcinoma. A su vez, puede ser completa o parcial si solo degenera una parte del trofoblasto, pudiendo en ocasiones tener un embrión normal.

Ante un diagnóstico de ETG se debe realizar



**FOTO 4 PROCEDIMIENTO DE EVACUACIÓN  
CÁNULA DE ASPIRACIÓN EN CAVIDAD UTERINA**



**FOTO 5 FINAL DEL PROCEDIMIENTO DE EVACUACIÓN  
NO SE OBSERVA TEJIDO MOLAR REMANENTE**

el estudio de estadificación: Rx de tórax - Ecografía hepática - dosaje cuantitativo de beta hCG - y en algunos casos T. A. C. de cerebro. En un Servicio de Emergencias, la mayoría de estos estudios son posibles y de rápida implementación.

El tratamiento primario de la ETG es la evacuación uterina completa. Se debe preparar el equipo previniendo la posibilidad de estar ante una forma invasora o un coriocarcinoma. Esto implica: anestesia general, con monitoreo adecuado, soporte de volumen sanguíneo (sangre compatibilizada), e instrumental para histerectomía total en quirófano.

La urgencia de la evacuación uterina depende de la clínica. En las pacientes que presentan metrorragia y evidencia de contractilidad uterina, la evacuación se debe realizar rápidamente. El método de elección de evacuación es por aspiración. La evacuación uterina de una ETG sin disponer de método de aspiración es potencialmente problemática y puede poner a la paciente en riesgo de una lesión uterina grave e histerectomía. Luego de la aspiración se completa el legrado con cureta, enviando este material a Anatomía Patológica

separadamente para evaluar las capas cercanas a la pared uterina.

En la actualidad el control de este procedimiento por el equipo de ecografía es sumamente útil, y la no aplicación de esta tecnología supone riesgos para la paciente y el médico. Con la ecografía podemos controlar la pared uterina y la evacuación completa de la cavidad. Dada la ductilidad de estos equipos para el diagnóstico y la asistencia de procedimientos invasivos, creemos que todo Servicio de Emergencia debería contar con ellos y con personal entrenado para su uso.

## Bibliografía

- 1.- Wagner BJ et al: From the archives of the AFIP. Gestational trophoblastic disease: radiologic-pathologic correlation. Radiographics 1996 Jan;16(1):131-48.
- 2.- Lara-Ricalde R. , et al: Manual intrauterine aspiration on the treatment of molar pregnancy. Ginecol. Obstet. Mex. 1999 Sep; 67:438-41.
- 3.- Lindholm H, Flam F: The diagnosis of molar pregnancy

**S. del Campo - M.R. Esteban**

**J.C. Galussio - J.A. Rapisarda**

*Manual actualizado de procedimientos y protocolos en Emergencias Médicas y Trauma, destinado a médicos emergentólogos, generalistas, estudiantes de medicina y personal sanitario de emergencia.*

- **50 capítulos escritos por especialistas**
- **304 páginas**

Solicite su ejemplar en el Comité de Trauma del Hospital Tornú.  
 Combatientes de Malvinas 3002, Buenos Aires. Tel.: 4521-6666 / 3600 int. 217  
 Distribuye: Probook: Junín 917 7° 'A' (1113) Buenos Aires  
 Tel./Fax: 54-11-4964-0202 - email: [probook@probook.com.ar](mailto:probook@probook.com.ar)