

Embarazo molar repetido. Caso clínico

Drs. Leonor Zapata, Sol Felice Rebolledo, Rosa Urbano, Ivelise López

Maternidad "Concepción Palacios", Caracas

RESUMEN: Se presenta el caso clínico de una paciente con tres embarazos molares en tres años. Los dos primeros fueron dos molas completas y el último una mola parcial, todas de la misma pareja sexual. Se revisaron 385 historias de pacientes con cualquier tipo de embarazo molar entre 1991-2000. Hubo 3 pacientes con embarazo molar repetido lo que representa el 0,77 %, se diagnosticaron 104 embarazos y de estos 4 fueron molares lo que representó una mola por cada 26 embarazos. Se hacen comentarios sobre etiología, futuro reproductivo, posible evolución hacia tumor trofoblástico de la gestación y vigilancia clínica de los próximos embarazos.

Palabras clave: Embarazo molar. Embarazo repetido. Embarazo recurrente.

SUMMARY: The case of a patient with three molar pregnancies in three years is reported. The first two were complete mola and the last one a partial mola, all from the same sexual partner. The record of 385 patients with any kind of molar pregnancy between 1991-2000 were revised and there were 3 patients with repeated molar pregnancies (0.77 %). There were 104 pregnancies from which 4 were mola (one mola for each 26 pregnancies). We comment about etiology, reproductive future, possible evolution to gestational trophoblastic tumor and clinical surveillance of subsequent pregnancies.

Key words: Molar pregnancy. Repeated pregnancy. Recurrent pregnancy.

INTRODUCCIÓN

El embarazo molar repetido o recurrente (EMR) es una forma poco frecuente del embarazo posmolar. Sin embargo el término recurrente puede prestarse a confusión con las recidivas de los tumores trofoblásticos de la gestación (TTG). Federshneider y col. (1) presentan 7 pacientes con EMR de las cuales tres tuvieron tres embarazos molares consecutivos. Para Bagshawe y col. (2) las mujeres que han tenido dos embarazos molares tienen un riesgo de repetirlo de 1 en 6,5 embarazos. La presencia de tres molas hidatidiformes en una misma paciente nos motivó a hacer una revisión sobre el tema. Comentamos sobre los criterios para considerar un

embarazo molar como repetido, la posible etiología, evolución futura hacia cualquier tipo de TTG, además de recomendar el seguimiento clínico posembarazo molar.

Caso clínico

Primer ingreso 12/04/98: paciente de 18 años, hija de padres ecuatorianos, concubino de nacionalidad ecuatoriana, II gesta, I aborto, ingresa a la Maternidad "Concepción Palacios" (MCP) por amenorrea de once semanas y diagnóstico ecosonográfico de embarazo molar, sub-unidad beta de hCG (beta hCG) 683 953 mUI/ml, después de exámenes rutinarios dentro de límites normales, se procedió a una aspiración endouterina de 400 cm³ de material vesicular, enviado a estudio histológico. El diagnóstico fue mola completa (MC). Ecosonograma control a la semana del vaciamiento reporta retención de restos. Se practicó aspiración con cánula de Karman y el estudio histológico dio

Recibido: 08-11-01

Aceptado para publicación: 24-01-02

como resultado: acción coriónica residual, endometritis reagudizada. Se indicaron anticonceptivos orales con 0,03 mg de estradiol. Permanece controlada por consulta externa con niveles de beta hCG no detectables.

Segundo ingreso 11/07/2000: consulta por amenorrea de nueve semanas, el informe ecosonográfico es de embarazo molar, las beta hCG 1 238 852 mUI/ml, se practicó aspiración endouterina obteniéndose 500 cm³ de material vesículomembranoso, el estudio histológico reportó: mola completa. Se recomendó método de barrera como anticonceptivo. Los controles posteriores con beta hCG permanecieron en franco descenso hasta hacerse no detectables.

Tercer ingreso 08/08/2001 por amenorrea de siete semanas, se indicó ecosonograma transvaginal, el estudio concluyó sospecha de mola parcial, beta hCG 212 301 mUI/ml, vaciamiento por aspiración obteniéndose 150 cm³ de restos ovulares, la biopsia del material endouterino confirma mola parcial (MP), el seguimiento de las beta hCG posvaciamiento fue en descenso hasta hacerse no cuantificable. Permanece en control por consulta externa.

Es importante resaltar que los tres embarazos molares fueron con una misma pareja sexual, el cual niega antecedentes patológicos de importancia y sin hijos.

DISCUSIÓN

Es considerado un EMR cuando han transcurrido 6 meses después de una gestación molar con descenso progresivo hasta su negativización de las beta hCG. Los criterios para clasificar el embarazo molar como mola completa y mola parcial son los comúnmente establecidos (1,3,4).

Entre enero de 1991 a diciembre de 2000 se revisaron las historias de 385 pacientes con embarazo molar, éstas fueron controladas en la Consulta de Enfermedad Trofoblástica que funcionó primero en el Servicio N° 9 y luego en el N° 6 de la MCP. Se encontraron en este grupo 3 EMR lo que representó un 0,77 %, además hubo 104 embarazos entre estos 4 molas o sea 1 mola por cada 26 embarazos. Sand y col. (5) hacen una revisión de la literatura entre 1937 y 1980, y encontraron 5 002 pacientes con embarazo molar de las cuales 22 tuvieron EMR, lo que representó el 1,3%. Mac Gregor y col. (6) en México obtienen una incidencia del 2,4 %, Agüero y Kízer (7) en mujeres con embarazo molar previo en material de la MCP comunican 1 embarazo molar por cada 72 embarazos.

La posible explicación del embarazo molar es la tendencia de estas mujeres a tener una fertilización anormal. En las MC el óvulo es fertilizado por un espermatozoide haploide que duplica sus propios cromosomas, los cromosomas maternos están ausentes. La MP resulta de la fertilización de un óvulo normal por dos espermatozoides dando por resultado un cigoto triploide (8).

Berkowitz y col. (9) comunican una serie de 29 pacientes de las cuales 6 tenían parejas sexuales diferentes al momento de embarazarse con un nueva mola hidatidiforme. Mangili y col. (10) reportan un caso de una mujer con varios EMR, se le recomendó una inseminación heteróloga y la paciente se embaraza con una MP, evoluciona posteriormente con cifras elevadas de beta hCG siendo necesario administrar quimioterapia; aunque la paciente tenía antecedentes de una hermana con una MC. Por el contrario Wu (11) en 1972 comunica un caso con nueve molas consecutivas con la misma pareja sexual, al final se le realizó histerectomía y el estudio histológico reveló: útero sin infiltración miometrial o signos de malignización. La paciente del caso clínico aquí presentado tiene sus tres embarazos molares con la misma pareja sexual.

Berkowitz y col. (9) en su serie entre los años 1965 y 1996, comunican 29 casos de EMR, estos embarazos tuvieron todo tipo de combinaciones posibles entre los dos tipos de mola, 12 repitieron una MC y 7 una MP, 6 MC seguidas de MP y 4 MP seguidas por una MC.

Mujeres con EMR tienen riesgo de evolucionar hacia cualquier tipo de TTG. Las segundas molas evolucionan hacia TTG de la siguiente manera: las MC un 50 % y las MP 15,4 % (9). De los 3 EMR de Federschneider y col. (1) una no recibió tratamiento, otro recibió quimioterapia y otra fue necesario realizar una histerectomía más quimioterapia. Ayala y col. (12) presentan un caso al que después de una tercera mola fue necesario administrar quimioterapia, a pesar de ello las cifras de hCG persistieron por 4 meses, al año presentó una mola invasora, Moreira y col. (13) de 7 EMR, tres evolucionaron con metástasis y hubo tres molas invasoras, se trataron con quimioterapia seis casos y a tres de estas mujeres se le realizó histerectomía total. Hubo dos muertes maternas.

A medida que aumenta el número de embarazos molares se compromete el futuro reproductivo de la mujer. Lurain y col. (14) reportan 5 de 8 EMR que tuvieron 5 embarazos a término. Bagshawe y col. (2) de 8 EMR, 2 mujeres lograron 2 embarazos a

EMBARAZO MOLAR REPETIDO

término y las 3 pacientes con tres molas consecutivas no se embarazaron. Sand y col. (5) describen que después de 2 molas el 72 % de las pacientes son capaces de concebir con un 44 % de embarazos a término, 28 % tienen riesgo de un tercer embarazo molar y, Berkowitz y col. (9) en su serie 10 tuvieron embarazos a término.

La conducta a seguir ante la sospecha de embarazo después de un embarazo molar es hacer una cuantificación de beta hCG, realizar un ecosonograma transvaginal antes de las diez semanas de embarazo para evidenciar la presencia de un embrión o feto. Enviar los productos de la concepción obtenidos a estudio histológico y cuantificación de beta hCG seis semanas postparto para descartar un coriocarcinoma. Luego hacer un seguimiento cuidadoso de la paciente previa administración de un método anticonceptivo eficaz (8,9).

REFERENCIAS

1. Federschneider J, Goldstein DP, Berkowitz R, Marean A. Natural history of recurrent molar pregnancy. *Obstet Gynecol* 1980;55:457-459.
2. Bagshawe KD, Dent J, Webb J. Hydatidiform mole in England and Wales 1973-83. *Lancet* 1986;2:673-677.
3. Szulman AE, Surti U. The syndromes of hydatidiform moles. I. Cytogenetics and morphologic correlations. *Am J Obstet Gynecol* 1978;131:665-671
4. Szulman AE, Surti U. The syndromes of hydatidiform moles. II. Morphologic evolution of the complete and partial mole. *Am J Obstet Gynecol* 1978;132:20-27.
5. Sand P, Lurain JR, Brewer JI. Repeat gestational trophoblastic disease. *Obstet Gynecol* 1984;63:140-143.
6. Mac Gregor C, Ontiveros E, Vargas López E, Castelazo Ayala L. Análisis estadístico del embarazo molar en el Hospital de Obstetricia Número Uno del IMSS. *Ginecol Obstet Méx* 1966; 21:617-618.
7. Agüero O, Kízer S. Pronóstico obstétrico de la mola hidatidiforme. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1973;43:53-57.
8. Rice LW, Lage J, Berkowitz R, Goldstein DP, Bernstein M. Repetitive complete and partial mole hydatidiform mole. *Obstet Gynecol* 1989;74:217-219.
9. Berkowitz R, Im S, Bernstein M, Goldstein DP. Gestational trophoblastic disease. *J Reprod Med* 1998;43:81-86.
10. Mangili G, Parazzini F, Maggi R, Spolti N. Repeated gestational trophoblastic disease after natural and heterologus assisted conception. A case report. *J Reprod Med* 1993;38:405-406.
11. Wu F. Recurrent hydatidiform mole. A case report of nine consecutive molar pregnancy. *Obstet Gynecol* 1972;41:200-204.
12. Ayala A, Aizpuru E, Tovar JM. Embarazo molar: ex novo aut resurrectio. *Ginecol Obstet Méx* 1989;57:226-228.
13. Moreira de Andrade J, Cosiski H, Moraes S J, Sabino F M, Bighetti S. Mola de repetição. *J Bras Ginecol* 1995;105:25-29.
14. Lurain JR, Sand PK, Carson S, Brewer JI. Pregnancy outcome subsequent in consecutive hydatidiform moles. *Am J Obstet Gynecol* 1982;142:1060-1061.

Correspondencia a:

Leonor Zapata

Apartado postal 6 396, 1010-A

Caracas, Venezuela