

ARTÍCULO ACADÉMICO

MOLA HIDATIFORME

Claudia Adriana Martínez

Estudiante de obstetricia. Universidad Nacional de La Plata – Argentina

La mola hidatiforme (mola vesicular, mola en racimos o mixoma placentario) es una degeneración quística edematosa de las vellosidades coriales, que abarca la placenta y el resto del complejo ovular.

La frecuencia media se calcula en uno de cada mil embarazos. Dicha frecuencia es mayor en multíparas y en mujeres de edad avanzada. Puede repetirse en embarazos ulteriores.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

El examen macroscópico muestra la placenta transformada en un racimo de vesículas claras de tamaño variable, entre 2 o 3 mm y hasta 3 cm; entre las vesículas se observan restos de decidua, y coágulos sanguíneos organizados. En conjunto, la placenta se asemeja a un racimo de uvas. Las vesículas se encuentran unidas por tallos, que son porciones no degeneradas de la vellosidad.

Cuando se secciona una vesícula, sale de la misma un líquido albuminoso que contiene mucina y sales orgánicas.

La degeneración suele abarcar todo el complejo ovular, constituyendo la mola total; si ésta no presenta ninguna cavidad, se denomina mola llena, pero si en su centro se descubre una cavidad ocular pequeña (lo que sucede con frecuencia), recibe el nombre de mola hueca.

Otras veces sólo una parte de la placenta sufre degeneración, lo que da lugar a la mola parcial. Como las vellosidades degeneradas son ineptas para la nutrición del embrión, en los casos de mola total éste generalmente muere y desaparece por autólisis; en la mola parcial, en ocasiones, al persistir zonas placentarias normales por las que el embrión puede conservarse, se constituye el complejo de la mola embrionada en la que el feto puede atrofiarse o conservar su vitalidad hasta el término.

PROMOCIONA TU MARCA AQUÍ



yo.obstetra.2015@gmail.com

La observación microscópica de las vellosidades permite establecer los siguientes hechos:

- 1) Desaparición de la estroma que es sustituida por una masa gelatinosa en degeneración hidrópica
- 2) En el epitelio:
 - a) Proliferación a expensas de ambas capas trofoblásticas.
 - b) Formación de vacuolas.
- 3) Desaparición parcial o total de la arteria nutricia.

La proliferación epitelial es de grado variable, puede faltar totalmente o ser tan intensa que suscite dudas respecto de si se trata de una mola o de su degeneración maligna (coriocarcinoma).

La mola perforante, invasiva, puede llegar hasta la pared uterina, con destrucción de fibras musculares y vasos, atravesarla y llegar al peritoneo produciendo perforaciones y hemorragias consecutivas.

Tanto la mola benigna como la invasora presentan una propiedad única en patología: conservando sus características propias de benignidad, pueden ocasionalmente producir metástasis en cerebro, pulmones e hígado. Cuando se extrae el tumor original las metástasis retrogradan espontáneamente.

ETIOPATOGENIA

No se conoce aún la etiopatogenia del embarazo molar. Los quistes ováricos son productos de la reacción luteínica de las células tecales y de la granulosa ante el exagerado estímulo que significa la gran secreción de gonadotrofinas.

Esta hiperplasia morfológica del epitelio corial corre aparejada con una exaltación funcional de la placenta, hecho importante que explica ciertos caracteres semiológicos de la mola.

SÍNTOMAS

El fondo uterino se halla a mayor altura que el correspondiente a la edad del embarazo, y es así mismo exagerado su desarrollo transversal.

No se palpan elementos fetales ni se auscultan latidos, además que el tacto puede revelar la existencia de los quistes luteínicos bilaterales.

Hemorragias continuas e intermitentes, éstas aparecen entre el segundo y el quinto mes, son de color rojo, sin dolor. Antes de la expulsión de la mola se produce en ocasiones la eliminación de vesículas características.

La hiperplasia vellositaria puede promover la aparición de hiperémesis gravídica o de toxemia gravídica hipertensiva (hipertensión, edemas, proteinuria).

Podría hacerse el diagnóstico presuntivo en aquellas mujeres que presentaran valores muy elevados (1.000.000 UI/l de suero).

La ecografía posibilita un diagnóstico de certeza. La cavidad uterina se encuentra llena de múltiples ecos que dan una imagen característica denominada “tormenta de nieve” o “panal de abeja”.

FORMAS CLÍNICAS

La predominancia de uno u otro de los signos descritos determina algunas formas clínicas de la afección, entre las cuales se destacan la hemorrágica, la toxica, la hipertrófica, la atrófica (en la mola muerta y retenida, missed abortion molar) y el corioadenoma destruens.

EVOLUCIÓN CLÍNICA

- Inmediata: la evolución habitual de la mola vesicular es su expulsión espontánea alrededor del cuarto o quinto mes. Hacia esa época se inicia el aborto, aumentan las hemorragias, que se acompañan de expulsión de vesículas, y el proceso culmina con la eliminación total o parcial de la masa molar al exterior.

- Mediata: remisión del cuadro a la normalidad, pero si los niveles de hCG se mantienen elevados o han quedado focos de epitelio corial implantados profundamente en el endometrio. A veces luego de un intervalo más o menos largo (hasta varios años) aparecen signos que marcan la evolución hacia el desarrollo de un grave tumor maligno, el coriocarcinoma.

PRONÓSTICO

Puede considerarse fatal para el embrión (casi en el 100% de los casos) y grave para la madre. Las causas de este serio pronóstico radican, en las hemorragias reiteradas, la toxemia, la perforación y la posible evolución hacia el coriocarcinoma.

TRATAMIENTO

La conducta médica ante la mola está determinada por dos objetivos fundamentales:

1) Evacuación inmediata del útero: entre los procedimientos recomendados se destaca la evacuación uterina con aspiración al vacío, complementada con curetaje muy cuidadoso.

El procedimiento debe realizarse asociado a una infusión de oxitocina con la finalidad de ir contrayendo el útero a medida que éste es evacuado. Con ello se neutraliza la hemorragia y el riesgo de perforación.

Si este método fracasa, se deberá llevar a cabo la evacuación del útero mediante una histerectomía abdominal. Luego de la expulsión de la mola ha de efectuarse un raspado uterino.

El control ecográfico permite confirmar la evacuación de la mola y la regresión de los quistes luteínicos.

2) Control ulterior: con objeto de asegurar la profilaxis o el diagnóstico precoz del coriocarcinoma deberá hacerse durante un año en toda mujer que haya sido portadora de una mola vesicular, ya que la malignización fluctúa entre 6 y un 10% de los casos.

El control se realiza mediante la estimación de gonadotrofinas urinarias. Durante todo el periodo de control, es conveniente proscribir el embarazo.

CORRESPONDENCIA

CLAUDIA ADRIANA MARTÍNEZ

Estudiante de obstetricia. Universidad Nacional de La Plata – Argentina

Correo: claudiamartinez79@hotmail.com

Recibido: 25 / 03 / 2016

