

| | |
|----------------|--|
| Caso | (412) Mola, la imagen en urgencias |
| Autores | Lucía Lara Huéscar, Cristina Cortés León, Jorge El- Khatib Núñez, Lucía Gómez-pimpollo García, Teresa Fontanilla Echeveste, Carlos Rubio Sánchez |
| Centro | Hospital Universitario Puerta De Hierro Majadahonda |

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer boliviana de 27 años ingresada en cardiología por palpitaciones, opresión torácica y disnea. Refiere pérdida de 5kg de peso, diarrea y vómitos en la última semana. Analíticamente solo destaca anemia (Hb 7,9 g/dL).

Interconsultan con Ginecología por episodio de metrorragia y dolor intenso en hipogastrio. Se palpa una masa en fondo vaginal derecho y altura uterina elevada. El test de embarazo en orina es negativo. Solicitan TC abdominopélvico urgente ante la duda de posible torsión ovárica.

En la TC se aprecia una masa intrauterina (15 x 9 x 10 cm) hipodensa respecto al miometrio, con imágenes quísticas milimétricas y septos realzantes. Asocia aumento de tamaño de ambos ovarios con quistes bilaterales.

Se completa la exploración con ecografía abdominal, que confirma la presencia de útero aumentado de tamaño ocupado por una masa predominantemente ecogénica con múltiples focos hipoecogénicos (signo típico en “tormenta de nieve” o “racimo de uvas”).

DISCUSIÓN

Los hallazgos de imagen son compatibles con una mola hidatiforme o embarazo molar. Esta entidad se incluye dentro de las enfermedades trofoblásticas gestacionales, derivadas del trofoblasto placentario.

Se trata de una patología benigna que se produce por un fallo en la fertilización, resultando una composición cromosómica anómala (diploide androgénica o triploide). Se clasifica en mola completa o parcial.

Ambas se caracterizan por la degeneración hidrópica de las vellosidades coriales e hiperplasia trofoblástica, diferenciándose por la presencia o ausencia de feto (mola parcial o completa respectivamente).

Ocurre en 1 / 1000 gestaciones, generalmente en edades extremas (<15 años o >45), con más prevalencia en Asia o Latinoamérica. El diagnóstico se realiza normalmente con ecografía ante una β -HCG >100.000 mIU/mL.

El test de embarazo en orina puede resultar falsamente negativo por exceso de hormona (“hook efect”) , como en nuestro caso, por lo que inicialmente no se sospechó esta patología y se realizó la TC que permitió orientar el diagnóstico. Un análisis de sangre demostró β -HCG 1.113.400 mIU/mL.

La ecografía confirmó la sospecha mostrando los hallazgos radiológicos típicos de mola completa: masa heterogénea con múltiples imágenes quísticas anecogénicas con septos con la apariencia típica de “tormenta de nieve” o “racimo de uvas”, que se corresponde con las vellosidades coriónicas hidrópicas. Puede asociar, como en nuestro caso, quistes ováricos tecaluteínicos que resultan de la hiperestimulación ovárica por exceso de β -HCG.

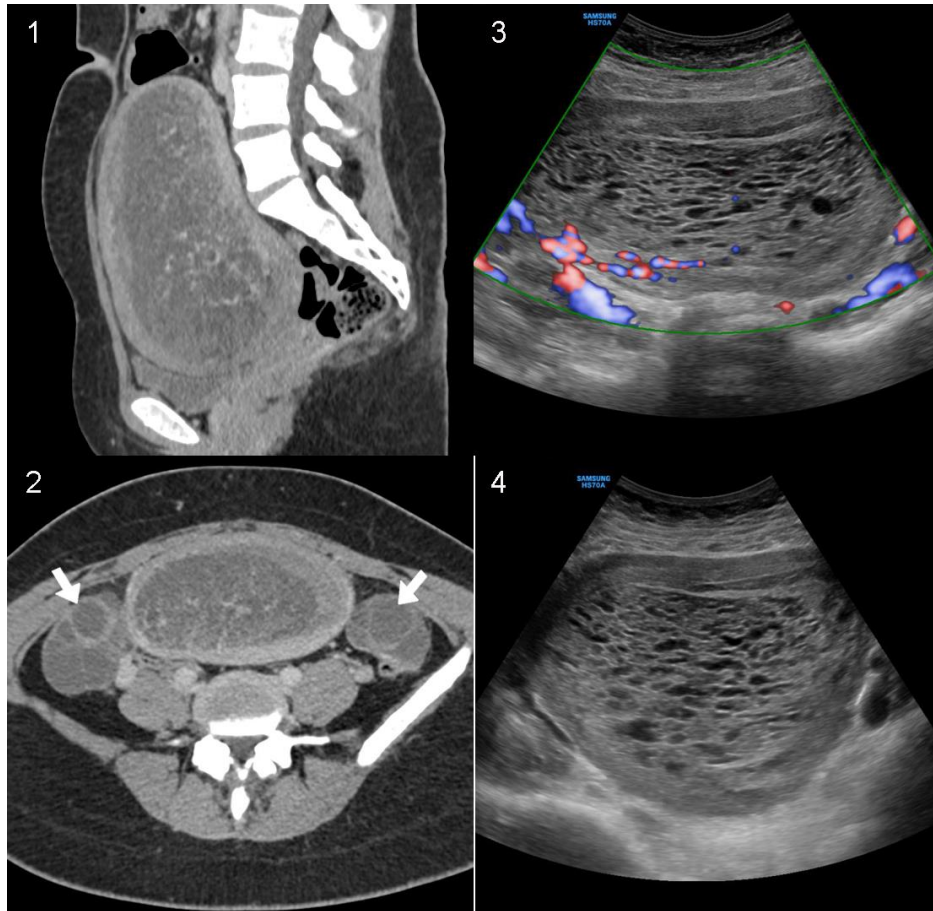
No se objetivó la presencia de restos fetales ni líquido amniótico al tratarse de una mola completa, confirmada en el estudio anatomopatológico tras histerectomía total con salpinguectomía bilateral.

La paciente presentó una crisis tirotóxica en el contexto de la enfermedad (esto explica los síntomas cardiológicos) que se agravó por el contraste yodado.

Se realizó una TC torácica sin evidencia de enfermedad metastásica y tras la evacuación normalizó los niveles de hormona coriónica. Actualmente está totalmente asintomática.

CONCLUSIÓN

La mola hidatiforme normalmente se diagnostica ante un test de embarazo positivo y un ecografía con la apariencia típica en “tormenta de nieve” o “racimo de uvas”. El papel de la TC normalmente queda reservado para la detección de enfermedad metastásica. Sin embargo, en casos atípicos, la TC puede ser de utilidad para el diagnóstico por lo que es importante conocer los hallazgos radiológicos.



1: TC con contraste sagital. Se aprecia masa intrauterina hipodensa respecto al miometrio, con imágenes quísticas milimétricas y septos realzantes. Obsérvese la altura uterina elevada aproximadamente a nivel del ombligo. 2: TC axial. Se señalan ambos ovarios aumentados de tamaño con múltiples quistes tecaluteínicos (flechas). 3 y 4: Ecografía abdominal corte sagital y axial respectivamente. Obsérvese las múltiples imágenes quísticas anecogénicas con septos con la apariencia típica de “tormenta de nieve” o “racimo de uvas”.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Akram M. Shaaban et al. Gestational Trophoblastic Disease: Clinical and Imaging Features. RadioGraphics 2017.
- 2) Gestational Trophoblastic Disease: A spectrum of radiologic diagnosis. RadioGraphics 1996.
- 3) Sunita Dhanda et al. Gestational Trophoblastic Disease: A Multimodality Imaging Approach with Impact on Diagnosis and Management. Hindawi Publishing Corporation, Radiology Research and Practice, Volume 2014.
- 4) S.D. Allen. Radiology of gestational trophoblastic neoplasia. Clinical Radiology 2006.