

# Embarazo Molar

El embarazo molar forma parte de la enfermedad trofoblástica gestacional (ETG), un grupo de neoplasias derivadas del trofoblasto placentario. Se caracteriza por la proliferación anormal de vellosidades coriónicas y trofoblasto, representando la forma benigna de ETG con diferentes tipos y grados de severidad.

## Definición y Clasificación

### Enfermedad Trofoblástica Gestacional (ETG)

Grupo de neoplasias derivadas del trofoblasto placentario

### Embarazo Molar

Forma benigna de ETG caracterizada por proliferación anormal de vellosidades coriónicas y trofoblasto

## Clasificación

- Mola completa
- Mola parcial
- Mola invasora
- Coriocarcinoma (no abordado en este capítulo)



# Molas Completa y Parcial

## Mola Completa

### Etiología:

- Fertilización de un óvulo sin material genético materno por un espermatozoide haploide que se duplica (90%, 46XX)
- También puede haber fertilización por dos espermatozoides (46XY)

### Características:

- Ausencia de embrión o feto
- Vellosidades edematosas, sin vasculatura fetal
- Proliferación trofoblástica difusa
- Mayor riesgo de enfermedad trofoblástica persistente (ETP)

## Mola Parcial

### Etiología:

- Fertilización de un óvulo normal por dos espermatozoides (triploidía, 69XXY)

### Características:

- Feto presente (a menudo con malformaciones)
- Vellosidades de aspecto mixto: normales y edematosas
- Proliferación trofoblástica focal y leve
- Menor riesgo de ETP

## Epidemiología y Factores de Riesgo

- Incidencia: 1:1000 embarazos en EE. UU. (↑ en Asia)
- Edad materna: <15 o >35 años: mayor riesgo
- 40 años: riesgo x10 de mola completa
- Embarazo molar previo: riesgo elevado de recurrencia (hasta 1:100)
- Deficiencia de caroteno o folato (relación no concluyente)

# Clínica y Diagnóstico

## Clínica

### Mola Completa

- Sangrado vaginal irregular (95%)
- Útero mayor al esperado
- Ausencia de latido fetal
- Náuseas y vómitos excesivos (hiperemesis gravídica)
- Hipertiroidismo clínico (debido a actividad tipo TSH de hCG)
- Expulsión de vesículas (aspecto de "racimo de uvas")
- Quistes tecaluteínicos bilaterales (>6 cm, 25%)

### Mola Parcial

- Presentación más sutil
- Útero acorde o menor al esperado
- Feto con actividad cardíaca puede estar presente
- Malformaciones fetales frecuentes

## Diagnóstico

### Ecografía transvaginal

- **Mola completa:** Útero con múltiples imágenes anecoicas sin saco gestacional ("tormenta de nieve"), ausencia de embrión, quistes tecaluteínicos
- **Mola parcial:** Saco gestacional irregular con feto malformado, placenta anormal, agrandada y con espacios quísticos

### $\beta$ -hCG sérica

- Valores muy elevados para edad gestacional: Mola completa: >100,000 mUI/mL frecuente; Mola parcial: valores más bajos

### Evaluación adicional

- Hemograma, pruebas de función tiroidea
- Grupo sanguíneo y Rh
- Radiografía de tórax (descartar metástasis pulmonar si sospecha de ETP)
- Pruebas de función hepática y renal si se sospecha de enfermedad extensa

# Tratamiento y Seguimiento

## Evacuación Uterina

- Método preferido: aspiración uterina al vacío
- No se recomienda legrado cortante por riesgo de perforación

### Considerar histerectomía en:

- Pacientes sin deseo reproductivo
- $\geq 40$  años con mola completa
- Sospecha de invasión miometrial o sangrado excesivo

## Manejo Postevacuación

01

### Seguimiento con $\beta$ -hCG

Medición seriada: semanal hasta tres valores negativos consecutivos, luego mensual por 6 meses (mola completa) o 3 meses (mola parcial)

02

### Evitar Embarazo

Anticoncepción hormonal aceptable (salvo DIU) durante el seguimiento

03

### Vigilar ETP

Indicaciones: niveles de hCG que se estancan o aumentan, persistencia  $>6$  meses, metástasis radiológicas

## Enfermedad Trofoblástica Persistente (ETP)

- Diagnóstico clínico, no histológico
- 15-20% tras mola completa;  $<5\%$  tras mola parcial
- Puede ser: mola invasora (penetra miometrio o tejidos adyacentes) o coriocarcinoma (raro en mola parcial)
- Tratamiento: quimioterapia con metotrexato o actinomicina D, histerectomía puede ser necesaria en algunos casos

# Tratamiento y Seguimiento

## Fertilidad y Pronóstico

- Fertilidad generalmente preservada tras mola
- Tasa de recurrencia: 1% tras un evento, 15-20% si hubo  $\geq 2$  episodios previos
- Embarazo posterior: esperar al menos 6 meses tras negativización de  $\beta$ -hCG

## Consejería

- Explicar naturaleza benigna de la enfermedad
- Enfatizar necesidad del seguimiento riguroso
- Reforzar uso de anticoncepción confiable
- Ofrecer apoyo emocional, dado el impacto psicológico del diagnóstico

