

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 cardiaca 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

β -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
- ≥ 40 años con mola completa
- Sospecha de invasión miometrial o sangrado excesivo

Manejo Postevacuación

01

Seguimiento con β -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 ≥ 2 episodios previos
- Embarazo posterior: esperar al menos 6 meses tras negativización de β -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

