

Autores: Dra. Calaramo, Paula Andrea\*; Dra. Oby, Cecilia Belén; Dra. Weibchen, Romina;  
Dr. Calaramo, Osvaldo Andrés; Dra. Falasco, Aixa  
La Plata, Buenos Aires, Argentina. Contacto: [pac2003cap@gmail.com](mailto:pac2003cap@gmail.com)  
Los autores no declaran conflicto de interés

## PRESENTACIÓN DE CASO

- Paciente femenina de 31 años
- Nulípara
- Amenorrea de 8 semanas con test de embarazo positivo
- Se solicita US (fig. 1)



Dosaje de  $\beta$ -HCG: 160.168 mUI/ml  
Diagnóstico presuntivo: **ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL**  
Se realiza AMEU y control ecográfico inmediato (fig. 2)

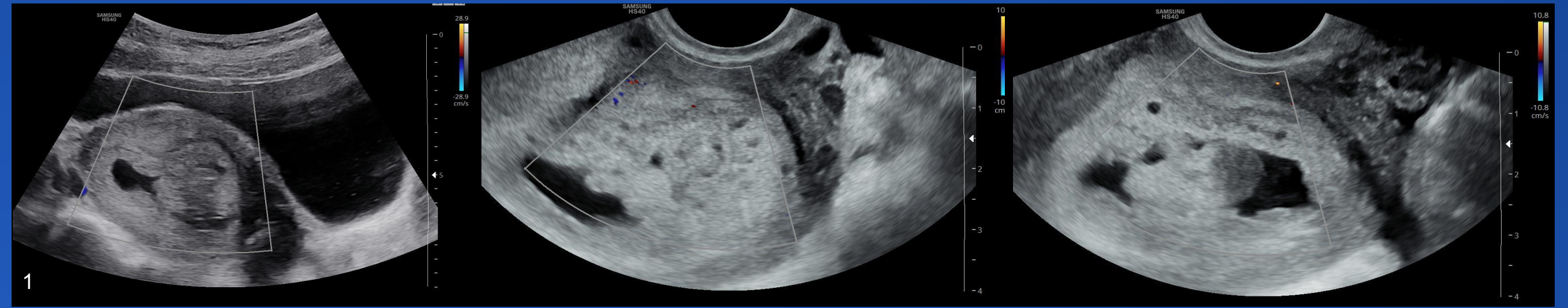


Fig. 1: Ecografía suprapúbica y endovaginal mostrando formación mamelonada heterogénea, con áreas microquísticas dentro de la cavidad uterina como en el miometrio anterior. Se sugiere dosaje cuantitativo de  $\beta$ -HCG.



Fig. 2: Eco endometrial con líquido entre sus hojas, con áreas microquísticas aisladas, que no superan los 7 mm de espesor.

### DIAGNÓSTICO

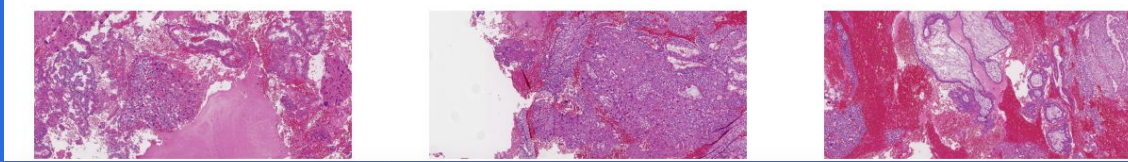
**UTERO, RESTOS OVULARES, MATERIAL DE CAVIDAD UTERINA: ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL. CUADRO MORFOLÓGICO CORRESPONDIENTE A MOLA HIDATIFORME COMPLETA. (1030)**

**CORRELACIONAR CON CLÍNICA, IMÁGENES Y DOSAJE HORMONAL.**

### EXAMEN MICROSCÓPICO

#### RESTOS OVULARES:

Las secciones histológicas muestran vellosidades coriales edematosas, avasculares hipocelulares algunas de ellas redondeadas y otras de bordes irregulares elongadas. Se observa proliferación del trofoblasto moderada que reviste vellosidades en forma completa y discontinua en el que se observa atipia con células trofoblásticas de núcleos grandes, irregulares y con multinucleación. Coexiste tejido decidual con necrosis, hemorragia, inflamación y edema en el que focalmente se observan células del trofoblasto intermedio de núcleos picnóticos, irregulares vinculable a sitio de implantación exagerado y tejido endometrial glandular secretor con fenómenos de "Arias Stella". No se observa tejido embrionario en el material examinado.



## INTERCONSULTA CON ONCOLOGÍA: SCORE PARA TRATAMIENTO Y DOSAJE SEMANAL DE $\beta$ HCG TRANSCURRIDOS 20 DÍAS:

Dosaje de  $\beta$ -HCG: 965 mUI/ml  
US endocavitaria (fig. 3)

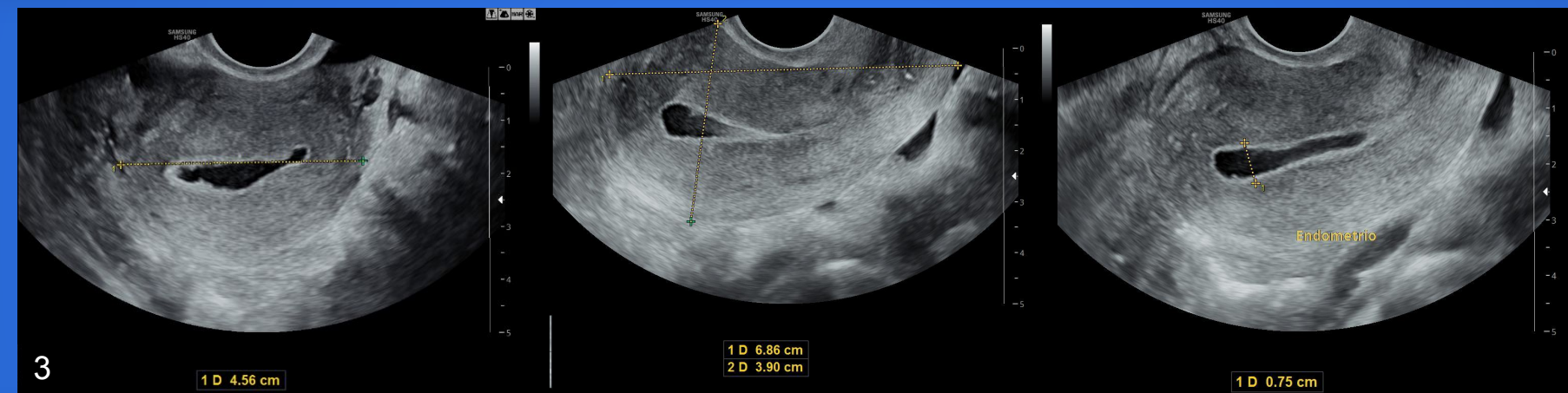


Fig. 3: US endocavitaria: Eco medio con fina lámina de líquido entre sus hojas, sin evidencia de imágenes endoluminales.

## INGRESA POR GUARDIA TRANSCURRIDOS 45 DÍAS

Consulta por dolor intenso en hemiabdomen inferior asociado a sudoración y náuseas

Se solicita laboratorio (Hto: 29%;  $\beta$ -HCG: 134.163 mUI/ml), US (fig. 4) y TC de abdomen y pelvis con contraste endovenoso (fig. 5)

## HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS

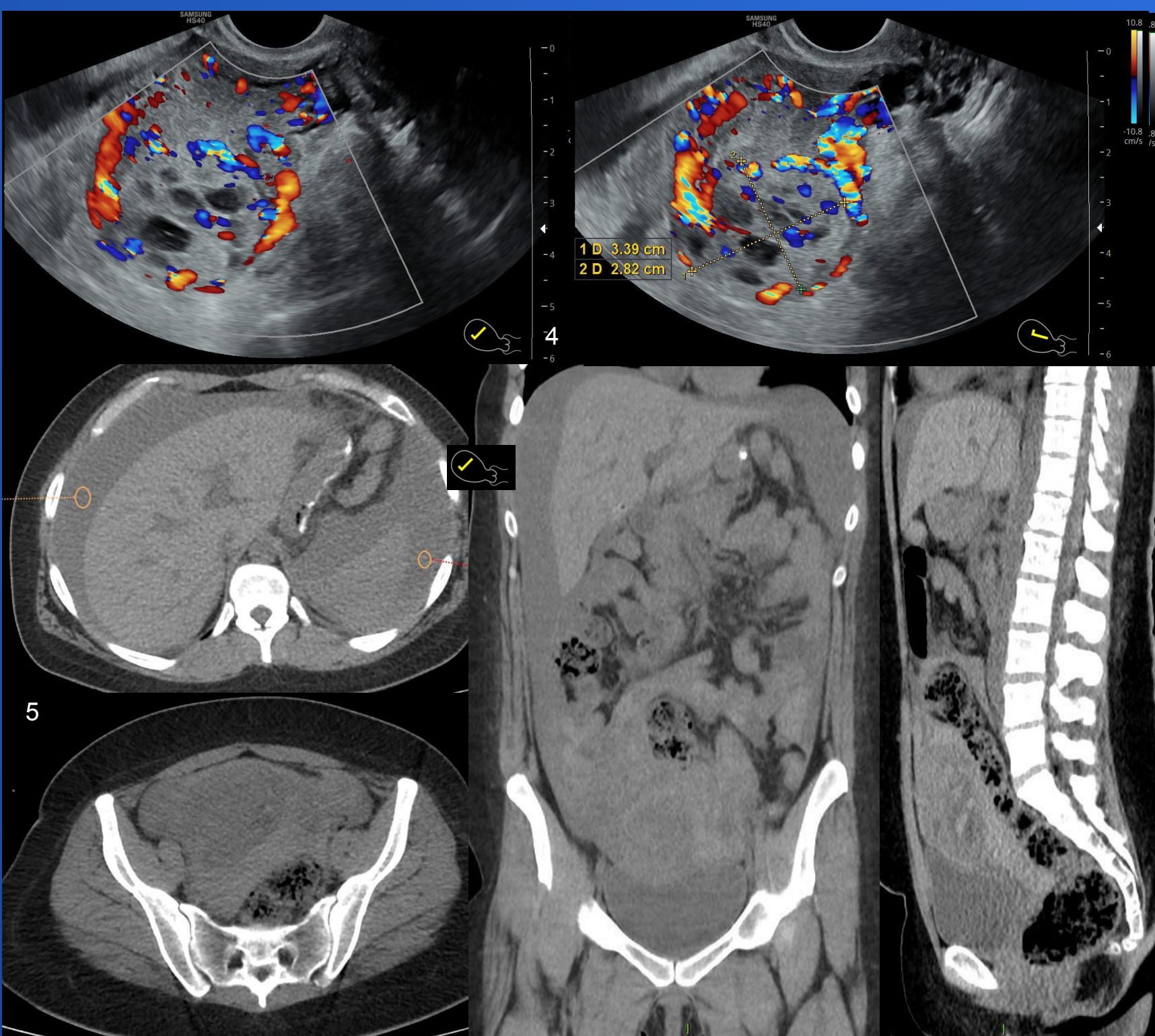


Fig. 4: US endocavitaria: A nivel de la pared posterior y fundal, inmediatamente por detrás de la cavidad endometrial, se observa imagen nodular intraparietal, heterogénea, con áreas quísticas en su interior, que presenta intenso flujo vascular al examen con Doppler color, con IR de 0.43

Fig. 5: TC de abdomen sin cte: Abundante cantidad de líquido libre de densidad intermedia (28 UH), de distribución multicompartmental.

Fig. 6: Imagen en tiempo quirúrgico: Compromiso completo de la pared uterina por material trofoblástico con sangrado activo.

**DIAGNÓSTICO**  
1) ÚTERO, PIEZA DE RESECCIÓN QUIRÚRGICA:  
- ALTERACIONES HISTOPATOLÓGICAS CORRESPONDIENTES A MOLA INVASORA.

## DISCUSIÓN

La paciente cursó internación en UTI por shock hipovolémico a expensas de perforación uterina por mola invasora (fig. 6), realizándose histerectomía subtotal y salpingectomía bilateral, con aspiración de 3000 ml de contenido hemático en cavidad peritoneal.

La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) representa un espectro de afecciones caracterizada por la proliferación anormal de tejido trofoblástico, siendo más frecuente en primigestas, adolescentes y mujeres perimenopáusicas. De todas ellas, la mola hidatiforme completa constituye la más frecuente, siendo la mutación a mola invasora y/o coriocarcinoma, una probabilidad del 10 al 20%.

El hemoperitoneo como causa de abdomen agudo ginecológico se atribuye en la mayoría de los casos a embarazo ectópico y rotura de quistes. Existe poca información en la bibliografía respecto de la rotura uterina en contexto de mola.

## CONCLUSIÓN

- Subrayamos la importancia del conocimiento de la ETG y sus hallazgos imagenológicos característicos dada su prevalencia.
- El gold standard para la aproximación diagnóstica hacia la ETG es la US transvaginal, que junto con valores altos de  $\beta$ -HCG apoyan el diagnóstico.
- Un seguimiento estricto permitiría disminuir las complicaciones, siendo el hemoperitoneo una forma infrecuente, pero no imposible.

## BIBLIOGRAFÍA

- "Ultrasonografía en Obstetricia y Diagnóstico Prenatal" Cafici. 2003. Editorial Journal
- "Mola invasiva. Presentación de un caso" Orlando Salamé Columbié et col. Rev Inf Cie 100 (5). Octubre 2021
- "Gestación molar invasiva y RM: Lo que el radiólogo debe saber" Berrocal Morales; Torino Casanvas et col. Presentación E-Poster 30º Congreso Nacional Coruña Mayo 2010.
- "Protocolo manejo de la mola hidatidiforme" Hospital Clinic Universidad de Barcelona.
- Consenso FASGO: Enfermedad Trofoblástica Gestacional. Bianconi, María Inés; Bayo, Juana, et col. 2015.