

Enfermedad trofoblástica gestacional: uso de quimioterapia e histerectomía

Reporte de un caso

Trophoblastic gestational disease: chemotherapy and hysterectomy *Case report*

Yeny Rodríguez Irías*, Edwin Cruz*, Gloria González*

RESUMEN. La enfermedad trofoblástica gestacional se refiere a un espectro de anormalidades proliferativas relacionadas con el embarazo, cuya clasificación se basó durante muchos años en criterios histológicos e incluyó mola hidatiforme, mola invasora y coriocarcinoma. Se presenta el caso de una paciente de 49 años, quien fue ingresada con diagnóstico de embarazo molar. Se encontraron pruebas tiroideas aumentadas, anemia, hormona gonadotropina coriónica humana de 115,132,000 mIU/ml. Se le realizó legrado biopsia que reportó mola hidatiforme, posteriormente se le realizó histerectomía que reportó mola invasora. Se le inició quimioterapia con metrotexato y ácido fólico.

Palabras claves: *Choriocarcinoma. Enfermedad trofoblástica gestacional. Mola hidatiforme. Mola invasora.*

ABSTRACT. Gestational trophoblastic disease refers to a wide spectrum of proliferative anomalies that are related to pregnancy, its classification was based on histologic criteria for many years and included hydatiform mole, invasive mole and choriocarcinoma. A case of a 49 year old woman is presented. She was

admitted with a molar pregnancy, with abnormal thyroid tests, anemic and a human chorionic gonadotropin 115,132,000 mIU/ml. A curettage and biopsy reported hydatiform mole, afterwards a hysterectomy was done, that biopsy reported an invasive mole, chemotherapy was initiated with methotrexate and folic acid.

Keywords: *Choriocarcinoma. Gestational trophoblastic disease. Hydatiform mole. Invasive mole.*

INTRODUCCIÓN

La enfermedad trofoblástica gestacional comprende un grupo de condiciones originadas de la placenta. En Estados Unidos la mola hidatiforme se observa en 1 de cada 600 abortos y 1 de cada 1500 embarazos.¹⁻³

Aproximadamente el 20% de los casos se malignizan y requieren de la administración de quimioterapia después de la evacuación de la mola.^{4,5}

El manejo clínico ya no es dictado por los hallazgos histológicos.⁴ En casi todos los casos de tumor trofoblástico gestacional, el diagnóstico se efectúa principalmente por la persistencia sérica de la gonadotropina coriónica humana.⁴⁻⁶

* Ginecoobstetra. Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Materno Infantil.

Dirigir correspondencia a: yenyirias@yahoo.es

Las características distintivas de la mola invasora consisten en crecimiento trofoblástico excesivo y penetración extensa por los elementos trofoblásticos, que incluyen vellosidades enteras en las profundidades del miometrio. A veces afecta el peritoneo, parametrios o la cúpula vaginal adyacente.⁵

CASO CLÍNICO

Paciente de 49 años de edad, gran múltipara (gestas once), procedente de El Tablón, quien se recibió en el Servicio de Emergencia por presentar sangrado transvaginal escaso de un mes de evolución, acompañado de dolor pélvico, amenorrea de once semanas y prueba de embarazo positiva. Al examen físico con útero aumentado para 20 semanas de gestación, cérvix permeable y salida de vesículas por vagina. El ultrasonido reportó embarazo molar, con imagen en panal de abejas. Las radiografías de tórax y cráneo fueron normales, los exámenes de laboratorio: Hematocrito de 19.7 volúmenes %, T3 de 488 unidades/litro, T4 mayor de 24 unidades/litro, gonadotropina coriónica humana de 155,132,000 mIU/ml.

Se transfundieron dos unidades de glóbulos rojos empacados y se realizó legrado uterino instrumental, cuya biopsia reportó mola hidatiforme. El control de hematocrito reportó 29.9 volúmenes %. Se dió de alta con indicaciones y cita en la clínica de embarazo molar.

Reingresó un mes después por persistir con abundante sangrado transvaginal, dolor pélvico, palidez, taquicardia, útero aumentado para doce semanas, cérvix permeable, sin evidencia macroscópica de vesículas. Se le realizó histerectomía abdominal total más salpingooforectomía derecha; la biopsia reportó mola invasora. Se le dió manejo con un ciclo de quimioterapia usando metrotexate y ácido fólico; continuó control de hormona gonadotropina corionica cuyos resultados fueron hasta este momento negativos.

DISCUSIÓN

Antiguamente, la única esperanza de curación de un tumor trofoblástico era la histerectomía o la resección de

lesiones metastásicas; hoy en día el uso de metrotexate y actinomicina D ha tenido éxito.^{4,7,8}

El término mola invasora es usado para describir la enfermedad que está confinada al útero y que se caracteriza por la presencia de edema de las vellosidades corionicas con proliferación trofoblástica que invade directamente el miometrio.^{5,9,10}

Dos estudios han evaluado el uso de quimioterapia profiláctica después de la evacuación molar. Uno de ellos usó metrotexate con ácido fólico, el cual redujo la incidencia de enfermedad trofoblástica posmolar de 47.4% a 14.3% ($p < 0.5$) en pacientes con alto riesgo.^{6,11} En el segundo estudio se evaluó el uso de actinomicina D en pacientes con alto riesgo después de la evacuación de la mola, en el cual se observó una disminución del 20% al 16% (Ref. 7,12).

Por lo general todas las pacientes con enfermedad no metastásica son curadas solamente con histerectomía; en un estudio prospectivo del Grupo de Oncología Ginecológica reportó un 70-80% de remisión en pacientes con enfermedad no metastásica cuando eran tratadas con metrotexate intramuscular a dosis de 30-50 mg/m² (Ref. 8).

Algunos expertos prefieren la histerectomía durante el primer ciclo de quimioterapia y continuar su administración por dos ciclos más después que los niveles de gonadotropina corionica se negativizan.^{9,13} En este caso, se realizó histerectomía y posteriormente se llevó a cabo quimioterapia con metrotexate y ácido fólico, obteniéndose buenos resultados.

REFERENCIAS

1. Berkowitz RS, Goldstein DP. Gestational trophoblastic diseases. In: Hoskins WJ, Perez CA, Young RC, editors. *Principals and practice of gynecologic oncology*. 3rd ed. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins: 2000. p. 1117-37. (Level III)
2. Lurain JR, Brewer JI, Torok EE, Halpern B. Natural history of hydatidiform mole after primary evacuation. *Am J Obstet Gynecol* 1983; 145: 591-5. (Level III)
3. Curry SL, Hammond CB, Tyrey L, Creasman WT, Parker RT. Hydatidiform mole: diagnosis, management and long term follow-up of 347 patients. *Obstet Gynecol* 1975; 45: 1-8. (Level II-3)

4. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ: Enfermedad trofoblástica gestacional. In: Williams Obstetrics. 21st ed. Mc Graw-Hill: 2001.
5. Soper JT, Lewis JL Jr, Hammond CB. Gestational trophoblastic disease. In: Hoskins WJ, Perez CA, Young RC. Editors. Principals and practice of gynecologic oncology. 2nd ed. Philadelphia (PA): Lippincott-Raven: 1997. p. 1039-77. (Level III)
6. Kim DS, Moon H, Kim KT, Moon YJ, Hwang YY. Effects of prophylactic chemotherapy for persistent trophoblastic disease in patients with complete hydatidiform mole. *Obstet Gynecol* 1986; 67: 690-4. (Level I)
7. Limpongsanurak S. Prophylactic actinomycin D for high risk complete hydatidiform mole. *J Reprod Med* 2001, 46: 110-6. (Level I)
8. Homesley HD, Blessing JA, Rettenmaier M, Capizzi RL, Major FJ, Twigg LB. Weekly intramuscular methotexate for nonmetastatic gestational trophoblastic disease. *Obstet Gynecol* 1988; 72: 413-8. (Level III)
9. Suzuka K, Matsui H, Iitsuka Y, Yamazawa K, Seki K, Sekiya S. Adyuvant hysterectomy in low-risk gestational trophoblastic disease. *Obstetric Gynecology* 2001, 97; 431-4.
10. Feltmate CM, Genest DR, Wise L, Bernstein MR, Goldstein DP, Berkowitz RS. Placental site trophoblastic tumor: a 17 year experience at the New England Trophoblastic Disease Center. *Gynecology Oncol* 2001;82: 415-9. (Level II-2)
11. Papadopoulos AJ, Foskett M, Seckl MJ, McNeish I, Paradinis FJ, Rees H, *et al*. Twenty-five years clinical experience with placental site trophoblastic tumors. *J Reprod Med* 2002; 47: 460-4. (Level III)
12. Kohorn EI. The new FIGO 2000 staging and risk scoring system for gestational trophoblastic disease: description and clinical assessment. *Int J Gynecology Cancer* 2001; 11: 73-7 (Level III).
13. Cole LA, Shahabi S, Butler SA, Mitchell H, Newlands ES, Behrman HR, *et al*. Utility of commonly used commercially human chorionic gonadotropin immunoassays in the diagnosis and management of trophoblastic diseases. *Clin Chem* 2001; 47: 308-15. (Level III)
14. ACOG Committee opinion No. 278. American voiding inappropriate clinical decisions based on false positive human chorionic gonadotropin test results. *College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol* 2002; 100: 1057-9. (Level III)

DAR A TODOS UNA OPORTUNIDAD; Y ESPERAMOS QUE EL DÉBIL
SE FORTALEZCA, QUE EL IGNORANTE SEA MÁS SABIO Y QUE,
EN CONJUNTO, MEJOREN Y SEAN MÁS FELICES.

A. LINCOLN