

## EMBARAZO ECTOPICO MOLAR

### Molar ectopic pregnancy

Leidy j. Orjuela Tellez<sup>1</sup>, Fabio Rojas Lozada<sup>2</sup>

Recibido: 10 de noviembre de 2012 - Aceptado: 29 de diciembre de 2012

#### Resumen

**Introducción:** El embarazo ectópico tiene una incidencia baja (20 en 1000 embarazos) y el embarazo molar es una entidad cuya incidencia corresponde a 1 en 1000 casos; es por ello que la presentación simultánea de estas patologías es menos frecuente. En la literatura médica se han descrito solamente 40 casos.

**Reporte de caso:** Paciente de 29 años, que ingresa con prueba de embarazo positiva, sin recordar última menstruación, refiriendo dolor abdominal de 2 días de evolución y manchado vaginal escaso. Al examen físico sin signos de irritación peritoneal, se realiza ultrasonografía transvaginal con hallazgos compatibles con embarazo ectópico roto, es llevada a laparotomía exploratoria más salpingectomía derecha. Anatomía patológica que reporta mola hidatiforme parcial. Negativización de la B-HCG a las 4 semanas después del procedimiento.

**Palabras clave:** embarazo ectópico, embarazo ectópico molar.

#### Abstract

**Introduction:** Ectopic pregnancy has a low incidence (20 out of 1000 pregnancies) and molar pregnancy is an entity, whose occurrence is 1 out of 1,000 cases; that is why the simultaneous presentation of these diseases is less frequent. In the medical literature only 40 cases have been described.

**Case report:** a 29-year-old patient who was admitted with positive pregnancy test, not remembering last menstruation, going through abdominal pain for two days and scarce menstrual spotting. On physical examination without signs of peritoneal irritation, transvaginal ultrasound is performed with findings compatible with ruptured ectopic pregnancy. Patient is taken to exploratory laparotomy plus right salpingectomy. Pathologic anatomy reporting partial hydatidiform mole. Negativization of B-HCG at 4 weeks after the procedure.

**Keywords:** ectopic pregnancy, ectopic molar pregnancy.

<sup>1</sup> Residente ginecología y obstetricia Universidad Surcolombiana.

<sup>2</sup> Coordinador posgrado ginecología y obstetricia Universidad Surcolombiana, Hospital Hernando Moncaleano, Neiva, Huila, Colombia.

Correspondencia:  
Leidy Johana Orjuela Tellez,  
Orjuelitat@Hotmail.Com

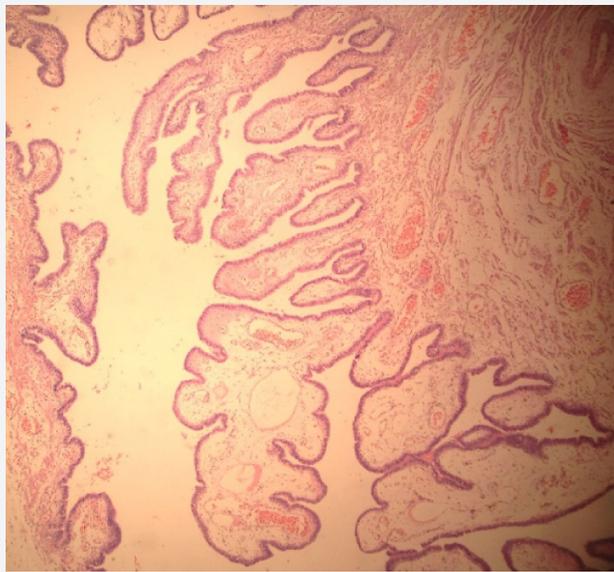
## INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico es una entidad cuya incidencia es de 20 casos por 1000 embarazos<sup>(1)</sup>, y a su vez el embarazo molar también tiene una incidencia aun más baja de 1 en 1000 embarazos<sup>(2)</sup>, es por ello que encontrar estas patologías juntas es aun menos frecuente; con una incidencia aproximada de 1.5 casos por 1.000.000 de embarazos (en el Reino Unido)<sup>(3)</sup> Al revisar la literatura médica, solo se han publicado alrededor de 43 casos en el mundo que hacen referencia al embarazo ectópico molar<sup>(4-5, 14-15)</sup>. Este reporte de caso describe una paciente con hallazgos clínicos y paraclínicos que sugieren un embarazo ectópico, pero en quien el estudio anatomopatológico confirma un embarazo ectópico molar tubarico.

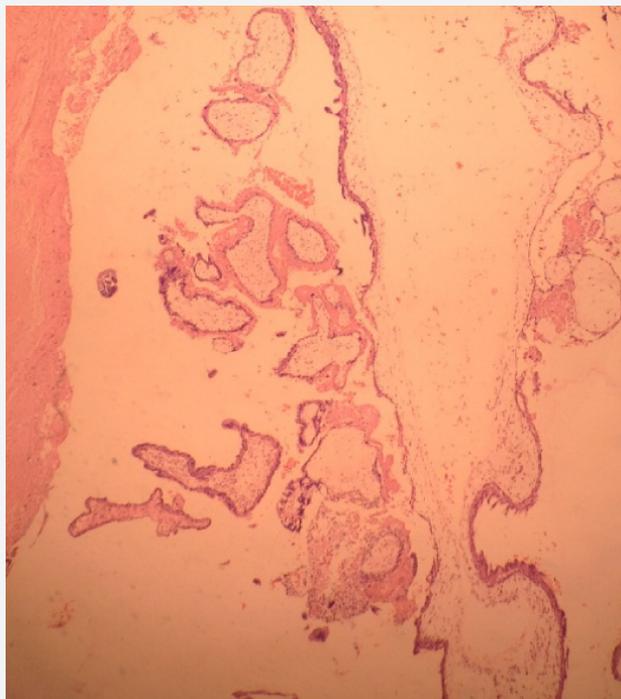
## REPORTE DE CASO

Paciente de 29 años, quien cursa con cuarto embarazo (G4P3A0V3), con antecedente de hipotiroidismo, menarquía a los 13 años, ciclos menstruales irregulares, sin método de planificación y sin información con respecto al último periodo menstrual. Cursa con cuadro clínico de 2 días de evolución consistente en dolor abdominal en hipogastrio tipo cólico, de intensidad moderada y progresivo, no irradiado, asociado a manchado vaginal escaso no fétido, no síntomas generales, no irradiación del dolor. Es remitida al servicio de sala de partos del Hospital Universitario "Hernando Moncaleano Perdomo", con prueba de embarazo positiva, es valorada en este servicio en donde a la exploración se encuentra una paciente estable hemodinamicamente con signos vitales : tensión arterial 110/70 mmHg, Frecuencia cardiaca 90 latidos por minuto, Frecuencia respiratoria 14 latidos por minuto, temperatura 36.5 grados centígrados. Auscultación cardiopulmonar normal, abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio en fosa

iliaca derecha, sin signos de irritación peritoneal, en el examen ginecológico se encuentra a la especuloscopia escaso sangrado vaginal, cérvix posterior, largo cerrado, al tacto bimanual se palpa anexo derecho doloroso sin masas y anexo izquierdo normal. Se solicita ultrasonografía transvaginal que reporta ausencia de saco intrauterino, anexo derecho imagen bizarra con ecogénicamente heterogénea y moderada cantidad de líquido libre en fondo de saco de Douglas; anexo izquierdo normal. Se realiza medición de la fracción B de la hormona Gonadotropina Corionica Humana (B-HCG) la cual fue reportada en el laboratorio en 4000 UI/mL. Al correlacionar los niveles de B-HCG con los hallazgos ecográficos sugestivos de embarazo ectópico se decide realizar laparotomía exploratoria por la alta sospecha de embarazo ectópico roto?. Durante el evento quirúrgico se observa un útero de tamaño normal, y la presencia de un embarazo ectópico tubarico derecho, roto, cuantificándose un hemoperitoneo de 700 cc se realiza salpingectomía derecha y drenaje de hemoperitoneo. Se envía a estudio anatomopatológico el espécimen resecado. La paciente es trasladada a la sala de ginecología en donde evoluciona favorablemente, se controlan sus signos vitales, durante hospitalización la paciente no requiere transfusiones sanguíneas, después de 2 días de observación medica, se decide dar salida y continuar control ambulatorio. Es citada y valorada 8 días después de su cirugía, encontrándose una paciente asintomática, con signos vitales normales, abdomen blando, no doloroso con herida quirúrgica en cicatrización y sin infección, trae consigo reporte anatomopatológico compatible con mola hidatiforme parcial tubarica derecha. Dentro del plan de manejo de esta paciente se considera la realización de exámenes complementarios que nos permitieran descartar compromiso de algún otro órgano, por tal motivo se realiza radiografía de torax antero – posterior y lateral, medición de transamina-



**A.** Representación histológica de trompa uterina (lugar donde fue encontrado el embarazo ectópico. Imagen microscópica de epitelio tubar, de tipo columnar con cilios en algunas áreas. Se aprecia la membrana basal que lo reviste y el tejido subepitelial conjuntivo laxo con algunos capilares.



**B.** Microscopia 40x, en donde se observa marcado edema de las vellosidades focalizado, moderada hipertrofia del trofoblasto, y degeneración del estroma, ausencia de vasos sanguíneos. Hallazgos compatibles con mola hidatiforme parcial.

sas, creatinina sérica y nitrógeno ureico y cuantificación semanal de hormona gonadotropina corionica humana (sub-unidad beta). La paciente asistió semanalmente durante 4 semanas, con estos paraclínicos, los cuales fueron reportados dentro de límites normales y el valor de la gonadotropina corionica humana (sub-unidad beta) siempre fue menor a 2 mUI/ml (negativa). Durante los controles se realizó la consejería necesaria en planificación familiar, iniciando anticonceptivos orales, los cuales se recomendaron por un periodo mínimo de 6 meses. La paciente continuo en seguimiento semanal con mediciones semanales de B-hCG por 4 semanas más con resultado fue siempre negativo (inferior a 2mUI/ml).

## DISCUSIÓN

La enfermedad trofoblástica gestacional surge a partir de una fertilización anormal. En una mola completa el componente cromosómico es 46 XX, jugando un papel importante el genoma paterno. Esto es causado usualmente por la fertilización de un óvulo por un espermatozoide vacío haploide, que posteriormente se duplica<sup>(1)</sup>. De vez en cuando los casos se producen por la fertilización con dos espermatozoides<sup>(3)</sup>. En contraste, la mola parcial surge desde la fertilización de un óvulo haploide, resultando en un genoma triploide<sup>(4)</sup>. El embarazo molar es un embarazo anormal caracterizado por la presencia de cambios hidrópicos que afectan las vellosidades placentarias (total o parcialmente), acompañándose de proliferación de los trofoblastos. Los abortos de origen hidrópico son poco frecuentes, es clínicamente importante distinguir embarazos molares con cambios hidrópicos, porque estos tiene el potencial de causar enfermedad trofoblástica persistente, generando así una morbimortalidad materna importante. Aunque la aparición simultánea de un embarazo ectópico y un embarazo molar es raro,

en el mundo de han reportado alrededor de 40 casos de embarazo ectópico tubárico molar<sup>(9)</sup>. El primer informe de esta patología fue realizado por Otto en 1871<sup>(10)</sup>, de los otros informes, la mayoría son informes de casos que no se ajustan a los criterios estrictos de diagnóstico patológico, por lo que algunos de estos casos podría haber sido abortos hidrópicos. Esta posible inclusión de los casos que son de naturaleza benigna y poco probable que tenga consecuencias médicas a largo plazo diluye la verdadera tasa de complicaciones por embarazo ectópico molar<sup>(9)</sup>.

Debido a que los casos son tan raros, es poco probable que un ginecólogo o un patólogo sospeche inicialmente en esta patología, la cual depende principalmente de las características histológicas y en caso de no sospecharse podrían llevar a un sobrediagnóstico<sup>(11)</sup>. La discriminación histológica entre mola parcial vs mola completa vs aborto hidrópico puede ser un reto para el patólogo, cuyo escenario podría ser mas claro si se determinara la ploidía en estos embarazos. En caso de duda sobre el tipo de embarazo molar, el análisis de ADN por citometría de flujo ayuda a determinar la ploidía. Aunque la beta-HCG se encuentra elevada en los opicos molares, generalmente podría encontrarse en un rango muy inferior al esperado, debido a que la implantación en la trompa de Falopio podría impedir la vascularización adecuada, lo que conduce a bajos niveles de hCG. No hay una diferencia distintiva entre la B-HCG del embarazo ectópico y del embarazo ectópico molar, lo que impide hacer un diagnóstico diferencial en su etapa inicial.

Cuando se compara el embarazo ectópico molar con el embarazo ectópico de histología convencional, se concluye que poseen varias características en común. Estas características están dadas principalmente por los factores de riesgo (embarazo ectópico previo, enfermedad pélvica inflamatoria, esterilización quirúrgica tubarica, dispositivo intrauterino, entre otros)<sup>(7)</sup> y la presentación clínica. Muto y colaboradores<sup>(4)</sup> concluyeron que los pacientes con embarazo ectópico molar no se distinguen de las pacientes con embarazo ectópico tradicional teniendo en cuenta las características sintomáticas, hallazgos

clínicos y de laboratorio. Sin embargo, en el momento de la presentación, el 60% de los embarazos ectópicos molares estaban rotos, lo que limitaría la intervención médica en el momento de acudir al servicio médico (8). Al revisar la literatura, en la mayoría de los estudios los pacientes han recibido tratamiento quirúrgico (laparotomía y salpingectomía) posiblemente debido a la presencia de ruptura en el momento de presentación. Sin dejar a un lado el hecho de que en los últimos años el manejo laparoscópico del embarazo ectópico ha brindado ventajas principalmente para el paciente (requerimiento analgésico postoperatorio, menor estancia hospitalaria) y para los servicios de salud (reducción en costos) (9-10) que no son motivo de discusión en el presente artículo. Sin embargo los resultados reproductivos son similares al comparar ambas técnicas. Además de esto, es importante recordar que hasta un 66% de las pacientes remiten rápidamente (disminución de niveles de b-hCG hasta rangos de normalidad) después del procedimiento quirúrgico sin necesidad de quimioterapia. El tratamiento con quimioterapia ha sido requerido hasta en un 13% de los casos y ninguno de ellos ha progresado a enfermedad metastásica (12-13). El seguimiento postoperatorio como en el del presente caso se debe realizar con mediciones seriadas de B-HC hasta que se normalice, además de una adecuada e incisiva asesoría en planificación familiar. Es importante también un seguimiento estricto para detectar tempranamente las complicaciones asociadas a la persistencia de actividad trofoblástica(9).

## CONCLUSIÓN

El embarazo ectópico molar es una entidad bastante infrecuente. El diagnóstico clínico es difícil y en la clínica es una entidad indistinguible de un embarazo ectópico no molar. Es por ello que se recomienda y se enfatiza en la importancia de realizar análisis histológicos a todos los especímenes resecados durante el procedimiento quirúrgico ( laparotomía) para remover un embarazo ectópico; así como también detectar tempranamente las complicaciones de potencial maligno similares a un embarazo molar intrauterino.

## REFERENCIAS

1. Soper JT HC. Gestational trophoblastic neoplasms. Danforth's obstetrics and gynecology. 1990:1141-55.
2. M. GILLESPIE, E. A. LIDBURY, J. A. TIDY & B. W. HANCOCK. The clinical presentation, treatment, and outcome of patients diagnosed with possible ectopic molar gestation. *Int J Gynecol Cancer* 2004, 14, 366-369
3. J L Burton, E A Lidbury, A M Gillespie, J A Tidy, O Smith, J Lawry. Over-diagnosis of hydatidiform mole in early tubal ectopic pregnancy. *Histopathology* 2001, 38, 409- 417.
4. Muto MG, Lage JM, Berkowitz RS, Goldstein DP, Bernstein MR. Gestational trophoblastic disease of the fallopian tube. *J. Reprod. Med.* 1991; 36; 57-60.
5. Ling FW, Stovall TG. Update on the diagnosis and management of ectopic pregnancy. In: *Advances in Obstetrics and Gynaecology*, Vol. 1. Chicago: Mosby Yearbook Inc., 1994:55-83.
6. Mascarenhas L, Williamson JG, Smith SK. The changing face of ectopic pregnancy. *BMJ* 1997; 315:141.
7. Baumann R, Magos AL, Turnbull A. Prospective comparison of video pelviscopy with laparotomy for ectopic pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol* 1991;98:765-71.
8. Garry R. The laparoscopic treatment of ectopic pregnancy; the long road to acceptance. *Gynaecol Endosc* 1996;5:65-8.
9. A. A. W. MOHAMED and S. D. SHARMA. Fallopian tube hydatidiform mole. *Gynaecology case reports* 2007.330-331.
10. Chauhan S, Diamond MP, Johns DA. A case of molar ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 2004;81:1140-1.
11. Gillespie AM, Lidbury EA, Tidy JA, Hancock BW. The clinical presentation, treatment, and outcome of patients diagnosed with possible ectopic molar gestation. *Int J Gynecol Cancer* 2004;14:366-9.
12. Venturini PL, Gorlero F, Ferraiolo A, Valenzano M. Gestational choriocarcinoma arising in a corneal pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001;96:116-8.
13. Clara del Carmen Flores Acosta, Oralia Barboza Quintana, Oscar Vidal Gutiérrez. EMBARAZO ECTÓPICO MOLAR CORNUAL. CASO CLÍNICO. *REV CHIL OBSTET GINECOL* 2010; 75(2): 133-136.

