



## clínica e investigación en ginecología y obstetricia

[www.elsevier.es/gine](http://www.elsevier.es/gine)



### CASO CLÍNICO

## Gestación ectópica molar abscesificada sobre cicatriz de cesárea anterior, a propósito de un caso

M. Pantoja Garrido<sup>a,\*</sup>, Z. Frías Sánchez<sup>b</sup>, G. Gómiz Rodríguez<sup>a</sup>, F.J. Vico de Miguel<sup>c</sup>  
y F.J. Pantoja Rosso<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital General Santa María del Puerto, Puerto de Santa María (Cádiz), España

<sup>b</sup> Unidad de Gestión Clínica de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

<sup>c</sup> Servicio de Obstetricia, Hospital General Santa María del Puerto, Puerto de Santa María (Cádiz), España

<sup>d</sup> Servicio de Ginecología, Hospital General Santa María del Puerto, Puerto de Santa María (Cádiz), España

Recibido el 30 de marzo de 2016; aceptado el 3 de junio de 2016

#### PALABRAS CLAVE

Gestación molar;  
Absceso;  
Metotrexato;  
Ectópico

**Resumen** El embarazo molar es una forma anormal de gestación poco frecuente en nuestro medio. Su diagnóstico se suele producir como consecuencia de manifestaciones clínicas, que se confirman posteriormente, utilizando la determinación de beta-gonadotropina coriónica humana (B-HCG) en sangre y la ecografía transvaginal. El tratamiento se basa en la evacuación del tejido trofoblástico anómalo mediante legrado uterino aspirativo bajo control ecográfico. El seguimiento de este tipo de gestaciones posterior al tratamiento es muy importante, debido al riesgo de malignización y diseminación a otros órganos, que requiere en ocasiones tratamiento quimioterápico.

La implantación trofoblástica en tejidos cicatriciales uterinos es un fenómeno poco usual y escasamente descrito en la literatura, y que dificulta el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de este tipo de dolencias.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

#### KEYWORDS

Molar pregnancy;  
Abscess;  
Methotrexate;  
Ectopic pregnancy

#### Caesarean scar ectopic pregnancy, a case report

**Abstract** Molar pregnancy is a very rare form of gestation. Current practices in its diagnosis are based on clinical manifestations, which are later confirmed by using a beta-human chorionic gonadotropin (B-HCG) blood test and transvaginal ultrasonography. The treatment is based on the removal of the trophoblastic abnormal tissue by uterine suction legrado under ultrasonographic control. Monitoring this type of gestation after treatment is of crucial importance due to the risk of malignisation and spread to other organs, requiring chemotherapy treatment in some cases.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [pantoja\\_manuel@hotmail.com](mailto:pantoja_manuel@hotmail.com) (M. Pantoja Garrido).

Trophoblastic implantation in uterine scar tissues is a rare and scarcely reported phenomenon that hinders the diagnosis, treatment, and follow-up of this type of pathology.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

La gestación molar se produce como consecuencia de la proliferación anormal del trofoblasto debido a un proceso de fertilización aberrante ovular<sup>1</sup>. Se divide en parcial, aquella que histológicamente contiene tejido fetal e hiperplasia trofoblástica con un cariotipo triploide: 69 XXX o XXY, y completa, con ausencia de tejido fetal y carga genética exclusivamente paterna (androgenética) y cariotipo 46 XX o XY<sup>1,2</sup>. Clínicamente se caracteriza por la presencia de una altura uterina durante la exploración física mayor que la que corresponde por amenorrea (sobre todo en las formas completas) y sangrado vaginal (70-97%) en paciente gestante, aunque puede ser asintomática<sup>1,3</sup>. El diagnóstico se basa en la determinación de beta-gonadotropina coriónica humana (B-HCG) en sangre, que se encuentra muy elevada para la edad gestacional, dato importante para la elección terapéutica y monitorización de su efectividad<sup>4</sup>. La ecografía transvaginal, cuya imagen heterogénea, sobre todo la característica en forma de «tormenta de nieve», es muy sugestiva de esta dolencia<sup>5</sup>. El tratamiento de elección es el legrado uterino evacuador aspirativo bajo control ecográfico, reservando la histerectomía para los casos de sospecha de malignidad o cuando se han cumplido los deseos genésicos de la paciente (sobre todo por encima de los 40 años de edad)<sup>6</sup>. Una de las complicaciones más importantes de esta dolencia es la posibilidad de diseminación maligna<sup>7</sup>, que no se previene con la histerectomía<sup>6</sup>, y el desarrollo de coriocarcinoma. Por ello, es muy importante el seguimiento de este tipo de gestaciones, para detectarlo lo antes posible (suele manifestarse en forma de subida de la B-HCG o meseta en las semanas posteriores al tratamiento) y poder utilizar los tratamientos quimioterápicos necesarios<sup>7</sup>.

A continuación presentamos un caso de gestación ectópica molar con imagen ecográfica anómala persistente, en cicatriz de cesárea anterior tras tratamiento; diagnosticada, tratada y actualmente en seguimiento en nuestro centro.

## Caso clínico

Paciente de 23 años que acude a Urgencias por manchado del primer trimestre. Se encuentra en la novena semana de gestación por fecha de última regla. Como antecedentes obstétricos, esta es su séptima gestación, anteriormente ha tenido una cesárea y 5 abortos, 2 espontáneos y 3 voluntarios. No presenta antecedentes médicos de interés excepto intolerancia a la amoxicilina. En la exploración física se observa con especuloscopia un sangrado proveniente de cavidad uterina de cuantía menor que menstruación y un útero ligeramente aumentado de tamaño para su edad gestacional. Se le realiza una ecografía transvaginal en la que se aprecian anejos normales, con un endometrio de 25 mm de grosor con patrón vacuolado, heterogéneo,

en el que no se objetivan estructuras embrionarias. En la ecografía también se observa en el espesor miometrial uterino, coincidiendo con la cicatriz de la cesárea anterior a nivel del istmo, una imagen heterogénea de 3 × 4 cm y que capta doppler color, sin otros hallazgos de interés (fig. 1).

Se solicita B-HCG en sangre con un resultado de 55.201 mU/ml. Ante los resultados anteriormente descritos, se decide ingreso de la paciente con el diagnóstico de sospecha de gestación molar, para realizar legrado uterino evacuador al día siguiente. Se realiza dicha intervención bajo control ecográfico con cánula de aspiración a la mañana siguiente. Durante el legrado se produce sangrado uterino muy abundante que cesa con uterotónicos. Tras el legrado, se observa un endometrio lineal, aunque la imagen ístmica se mantiene con las mismas características descritas con anterioridad. Se da el alta a la paciente al día siguiente, y se programa control de B-HCG en una semana en consulta, donde recibirá informes anatomopatológicos del legrado. Los resultados describen una proliferación trofoblástica con aisladas cisternas vellositarias, sospechosa de gestación molar, pero sin poder confirmarlo. Por otro lado, el control de B-HCG en sangre muestra un valor de 23.917 mU/ml. La ecografía muestra un endometrio lineal y la persistencia de la imagen ístmica miometrial observada en todas las ecografías anteriores. Se decide nuevo legrado aspirativo bajo control ecográfico, en el que se extraen muy pocos restos intracavitarios. Se produce un nuevo episodio de sangrado muy abundante que cesa con uterotónicos y tras la colocación de un balón intrauterino. En la ecografía poslegrado continúa la misma imagen ístmica. El diagnóstico anatomopatológico del segundo legrado indica presencia de escasos restos deciduocoriales y el valor de la B-HCG en sangre sigue elevado: 8.966 mU/ml.

Se discuten en sesión clínica las posibilidades diagnósticas y terapéuticas, y optamos por realizar un tratamiento con metotrexato intramuscular en pauta multidosis alterno con ácido fólico durante 8 días, ante la sospecha de que la imagen pudiera corresponder a una gestación ectópica en la cicatriz de la anterior cesárea. Además, se solicita radiografía de tórax para descartar diseminación maligna, que está dentro de la normalidad. En los controles de B-HCG en sangre semanales, se observa una disminución progresiva de los valores pero, en el seguimiento ecográfico, la imagen ístmica no disminuye de tamaño, por lo que se decide solicitar una RNM pélvica y una angio-TAC para descartar otros posibles diagnósticos. Entre los diagnósticos diferenciales nos planteamos, dada la imagen, un proceso fibrótico-cicatricial anómalo de la anterior cirugía o la presencia de una fístula arterio-venosa uterina. Los resultados de estas pruebas describen: lesión de contornos mal definidos, heterogénea y abigarrada de 40 × 45 mm a nivel de miometrio y cara anterior de cuello uterino hacia pared lateral izquierda, con aumento de la vascularización parauterina y parametrial izquierda. Tras bolo de gadolinio, se observa presencia

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8644076>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8644076>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)