

# Metrorragia de primer trimestre

Paula Ríos Lage<sup>1</sup>, Azucena Varela Suárez<sup>2</sup>, Manuel Abuín Rodríguez<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Narón. Área Sanitaria de Ferrol

<sup>2</sup> Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. PAC Ortegal. Área Sanitaria de Ferrol

<sup>3</sup> Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Narón. Área Sanitaria de Ferrol

Cad Aten Primaria  
Año 2012  
Volume 19  
Páx. -

## INTRODUCCIÓN

Paciente de 30 años, sin antecedentes de interés, gestante de 8 +5 semanas. Menarquia a 13 años. TH 4/28. IVE a los 19 años.

Acude a la consulta de su médico de familia para control ecográfico de las 8 semanas, comentando metrorragia de escasa cuantía en últimas horas, sin otra clínica acompañante.

En el centro de Salud se realiza ecografía abdominal, obteniéndose las siguientes imágenes:

¿Cuál es el diagnóstico más probable?

1. Aborto diferido
2. Amenaza de aborto
3. Enfermedad trofoblástica
4. Embarazo ectópico

### Correspondencia

Paula Ríos Lage  
Paula.Rios.Lage@sergas.es

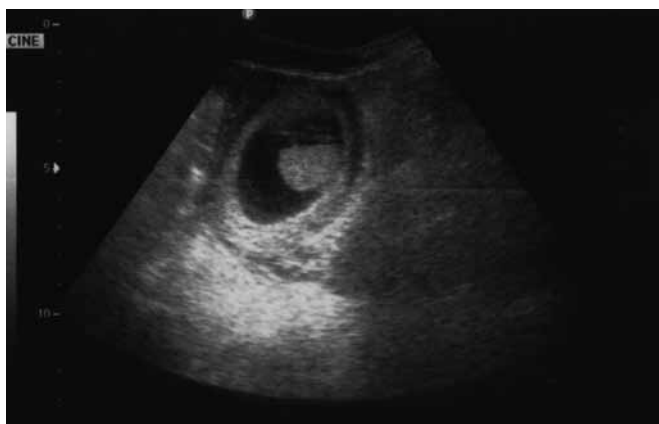


FIGURA 1



FIGURA 2

## RESPUESTA AL CASO CLÍNICO DE METRORRAGIA DE PRIMER TRIMESTRE

En las imágenes se puede observar un útero un poco globuloso y de tamaño mayor a su edad gestacional y saco gestacional intraútero con una imagen ecorrefringente con áreas hipoecoicas y ausencia de latido, compatible con mola parcial.

Con esta sospecha es derivada al servicio de Ginecología y Obstetricia, donde se realiza analítica de  $\beta$ -HCG de 180.982 mUI/ml y se confirma ecográficamente el diagnóstico, ingresando para legrado evacuador.

La enfermedad trofoblástica gestacional incluye un conjunto de procesos benignos y malignos, poco habituales, derivados de una proliferación anormal del trofoblasto.

Se clasifica en:

- Trastornos placentarios (mola).
- Tumores malignos.
  - Mola invasiva o corioadenoma destruens.
  - Coriocarcinoma.
  - Tumor trofoblastico del lecho placentario.

La mola hidatiforme, embarazo molar o mola vesicular es la consecuencia de una alteración genética que acontece en el momento de la fecundación (exceso de material genético de origen paterno). Se caracteriza histológicamente por proliferación del epitelio trofoblástico, degeneración hidrópica y edema del estroma vellositario ("en racimo de uvas") y escasez o ausencia de vascularización en ella.

Aparece en 1/1000 embarazos. Su riesgo aumenta con la existencia de un embarazo molar previo, en edades extremas de la vida reproductiva (menor de 20 y mayor de 40 años) y en países orientales.

Es una enfermedad localizada que normalmente se resuelve con la evacuación uterina, pero en un 10% de los casos da lugar a una enfermedad trofoblástica persistente (ETP).

Se consideran factores de riesgo de progresión a ETP:

- Edad materna >40 años
- $\beta$ -HCG sérica >100.000 mUI/ml
- Útero significativamente mayor que amenorrea
- Quistes tecaluteínicos > 5cm
- Mola completa con cromosoma Y
- Retraso en la evacuación superior a 4 meses
- Antecedentes de enfermedad trofoblástica gestacional
- Manifestaciones clínicas severas
- Grupo sanguíneo de los padres O/A ó A/O

Se puede clasificar en:

- Completa, clásica o total: la más frecuente.

Se caracteriza por la ausencia de tejido embrionario y de amnios, degeneración hidrópica e hiperplasia trofoblástica difusa y frecuentes atipias en sincitio y citotrofoblasto.

Se origina por la fecundación de un óvulo sin núcleo activo, con lo que todos los genes son de origen paterno. Tiene un cariotipo 46XX en 85% y en resto 46XY. Estas anomalías cromosómicas causan la pérdida precoz del embrión y proliferación excesiva del tejido trofoblástico.

El 40% progresa a neoplasia trofoblástica gestacional en presencia de factores de riesgo.

Suele cursar con cifras elevadas de  $\beta$ -HCG.

- Parcial: 10-20% del total.

Hay tejido embrionario y/o amnios, degeneración hidrópica e hiperplasia trofoblástica focal, sólo afecta al sincitiotrofoblasto y con ausencia de atipias.

Tiene material genético materno, con cariotipo triploide generalmente 69XXY.

Las cifras de  $\beta$ -HCG no suelen estar demasiado altas.

Casi todas se presentan con embrión muerto al final del primer trimestre.

Hay que pensar en mola si:

- Metrorragia: signo más habitual en 97% y motivo principal de consulta. Por rotura de vasos maternos al separarse las vesículas de la decidua.
- Náuseas, vómitos e hiperemesis: 30%, por aumento de valores de  $\beta$ -HCG.
- Preeclampsia: su aparición precoz es muy sugestiva de mola y aparece en 25%.
- Expulsión de vesículas: patognomónico, pero infrecuente 11% y tardío.
- Hipertiroidismo 7%.
- Insuficiencia respiratoria aguda excepcional 2%.

El diagnóstico se realiza precozmente gracias a la ecografía y a la medición cuantitativa de los niveles séricos de  $\beta$ -HCG, que suele ser mayor de lo esperado para la EG (>200.000 mUI/ml).

Existe una desproporción entre el tamaño uterino y la edad gestacional en 60% de los casos y tumoraciones ováricas en 30% (quistes tecaluteínicos)

La imagen ecográfica es característica: una cavidad endometrial ocupada por multitud de ecos de baja amplitud que corresponden a tejido trofoblástico proliferado: en "copos de nieve" o "panal de abejas". La

presencia de zonas anecoicas es debida a hemorragias intratumorales. El diagnóstico diferencial incluye otras causas de hemorragia en primer trimestre de gestación: amenaza de aborto, aborto en curso, gestación ectópica. También debemos excluir procesos con desproporción entre tamaño uterino y edad gestacional: error en última regla, embarazo múltiple, mioma asociado a gestación, hidramnios...

El tratamiento debe ser inmediato: evacuación uterina (legrado por aspiración). No se recomiendan los agentes oxitócicos ni la preparación del cérvix con prostaglandinas previos al legrado, pues las contracciones uterinas pueden facilitar la embolización del material trofoblástico.

En casos de molas parciales en que la existencia de partes fetales impiden el legrado por aspiración, podrá emplearse la terminación médica del embarazo.

En mujeres mayores de 40 años y con deseos genésicos cumplidos se prefiere la histerectomía por posibilidad de recidiva.

Las principales complicaciones de la evacuación son la perforación uterina, la hemorragia, la infección, la embolización pulmonar trofoblástica.

Una vez finalizado el embarazo existen dos posibilidades:

- Quimioprofilaxis con metotrexato o actinomicina D a las pacientes con factores de riesgo o si su seguimiento es imposible
- Seguimiento estricto conservador mediante determinación de  $\beta$ -HCG semanal hasta llegar al valor normal ( $<5\text{mUI/ml}$ ), que ha de comprobarse en tres analíticas consecutivas, después mensualmente hasta 6-12 meses y control ecográfico y ginecológico seriado, valorando tamaño y consistencia uterina y aparición de metrorragia a las 2 sem de evacuación y cada 3 meses.

Durante el tiempo de seguimiento se debe evitar una nueva gestación, al menos hasta 6 meses con cifras de  $\beta$ -HCG bajas y se recomiendan anticonceptivos orales.

El objetivo más importante del seguimiento es detectar precozmente los casos que presenten persistencia de la patología.

## BIBLIOGRAFÍA

1. V. Zornoza-García, A. Luengo-Tabernero, A. Álvarez-Domínguez, R. Carriles-Sastre y C. González-García. Gestación en paciente mayor de cincuenta años. Mola hidatiforme completa. *Clin Invest Gin Obst.* 2010;37(6):258-260
2. Protocolos SEGO. Embarazo molar. *Prog Obstet Ginecol* 2004;47(8):400-404
3. MA Gómez Marcos, D. Méndez Soto. Hemorragia del primer trimestre de embarazo. *AMF* 2010;6(5):269-278
4. L. Jiménez Murillo, FJ Montero Perez. Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 4ª edición. Elsevier. 2010
5. J. González-Merlo, JR del Sol. Obstetricia. Masson SA. 4ª edición. 1995, p 318-329
6. JM Ezpeleta, A. López Cousillas. Enfermedad trofoblástica gestacional. Aspectos clínicos y morfológicos. *Rev Esp Patol* 2002;vol 35, nº2:187-200