

# MOLA HIDATIFORME COMPLETA: EL PAPEL DEL RADIÓLOGO EN EL DIAGNÓSTICO

Autores: Blanco, Constanza; Suarez, Matias; Condat, Rosaura; Narvaez Carlos.

*Córdoba, Argentina*



*blancomconstanza@gmail.com*

# Objetivo

**DESCRIBIR LA CLÍNICA Y EL APORTE DEL RADIÓLOGO EN EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL (MOLA HIDATIFORME COMPLETA).**

# Revisión del tema

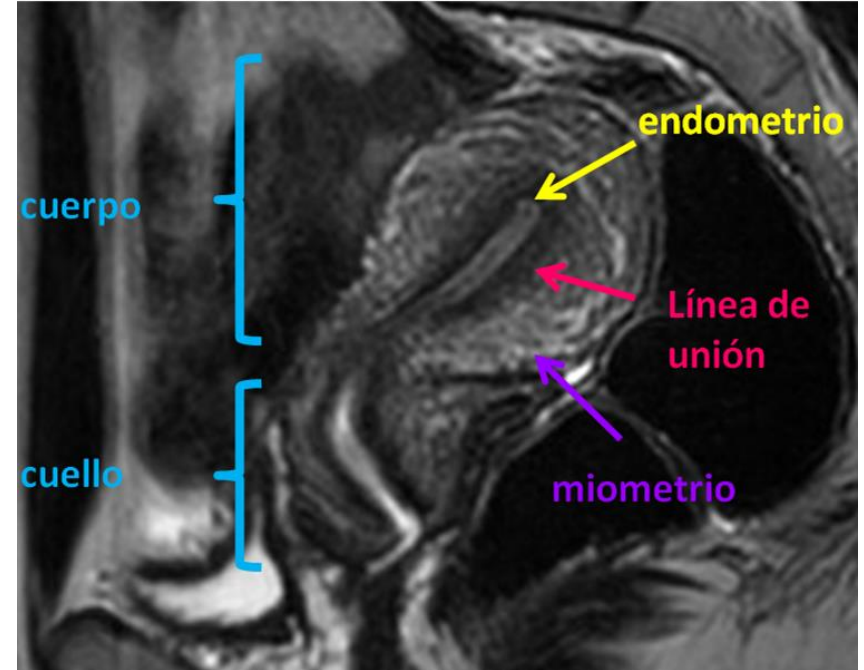
La mola hidatiforme es una de las formas más comunes pero benignas de la enfermedad trofoblástica gestacional; se estima que ocurre en uno de cada 1.000-2.000 embarazos. La mola puede ocurrir en una mujer embarazada de cualquier edad, pero la tasa de aparición es mayor en mujeres embarazadas en la adolescencia o entre las edades de 40 y 50 años. Puede ser completa o parcial utilizando la ausencia o presencia de un feto o embrión para distinguir las molas completas (ausencia de feto) de las parciales (feto anormal o muerte fetal).

# Repaso anatómico

Anatómicamente el útero se divide en: **cuerpo** y **cérvix**, separados por el **istmo**. Histológicamente en la pared del cuerpo uterino se distinguen tres capas: la **serosa**, el **miometrio** y el **endometrio**.

En RM, el útero aparece de señal homogénea e isointensa a la musculatura en las secuencias potenciadas en T1. Mientras que en las secuencias potenciadas en T2, diferenciamos tres zonas en el cuerpo uterino de las mujeres premenopáusicas:

- Una zona central hiperintensa, que se corresponde al **endometrio**.
- Una zona intermedia, hipointensa llamada **línea de unión**. Ésta corresponde a la parte interna del miometrio, formada por músculo liso más compacto y menor contenido de agua. El grosor normal de la línea de unión varía de 2 a 8 mm.
- Una zona externa, que corresponde a la parte externa del **miometrio** y muestra una señal intermedia.



# Clínica

- Tamaño uterino mayor a la edad gestacional.
- Valores de  $\beta$ -HCG sumamente elevados para la edad gestacional ( $>100000$  mIU/mL).
- Hiperemesis.
- Sangrado vaginal (6-16 semanas de gestación).

## FACTORES DE RIESGO:

- Extremos en la edad reproductiva ( $<15$  años y  $>40$  años).
- Embarazo molar previo.

# Hallazgos ecográficos

La ecografía permite la evaluación inicial del embarazo molar.

Se observa:

- Útero aumentado de tamaño, con una masa heterogénea ecogénica en su interior, con múltiples focos hipoecogénicos (apariciencia en tormenta de nieve).
- La masa uterina contiene múltiples y pequeños espacios quísticos anecogénicos, de 1-30 mm (racimo de uvas).
- Múltiples quistes luteínicos bilaterales (< 20%).
- La sensibilidad, especificidad, VPP y VPN de la ecografía pre-evacuación es del 44%, 74%, 88% y 23% respectivamente para todas las formas de mola.
- Los falsos negativos son comunes ya que pueden confundirse las colecciones con embarazos anembrionados.

OB-Temprana  
C10-3v  
14Hz  
R/V

TIs0.1 MI 1.0

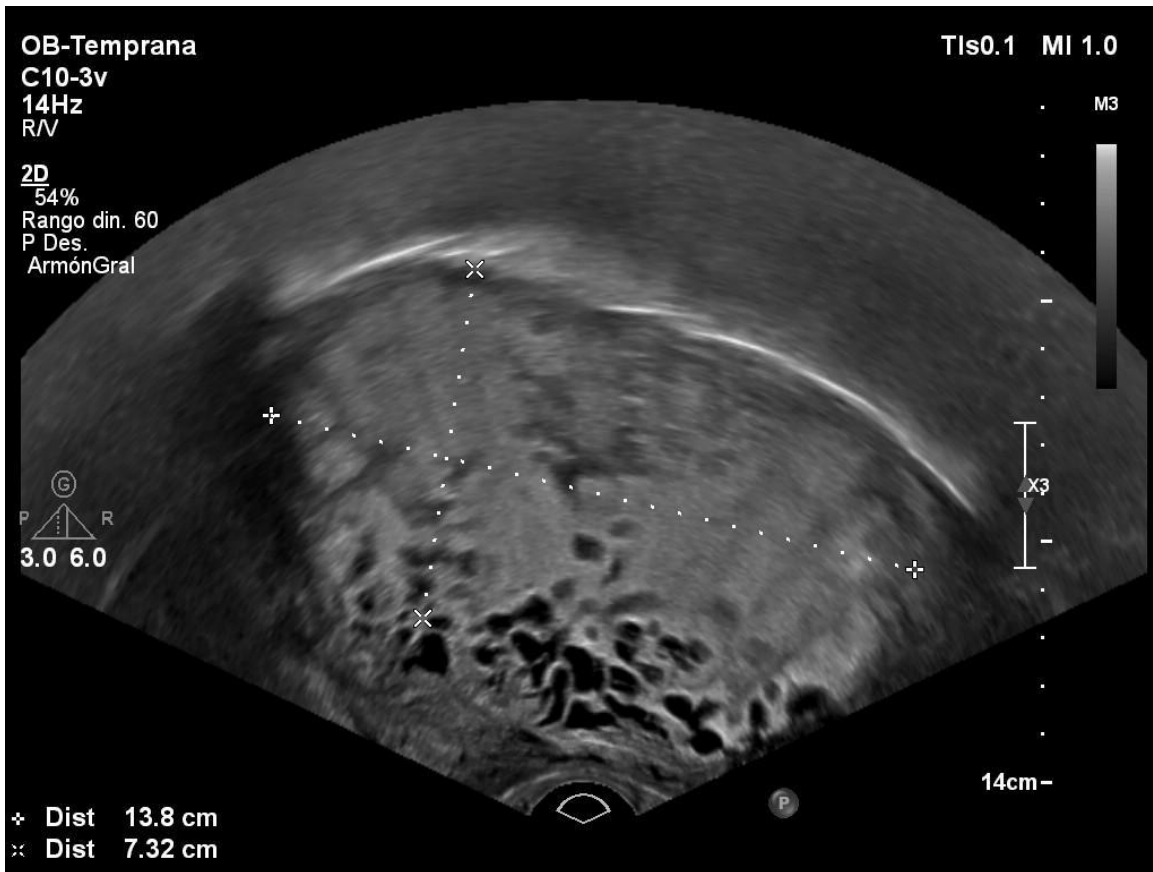
2D  
54%  
Rango din. 60  
P Des.  
ArmónGral

M3

  
3.0 6.0

✦ Dist 13.8 cm  
✕ Dist 7.32 cm

14cm-



OB-Temprana

C10-3v

14Hz

R/V

TIs0.1 MI 1.0

M3

2D

54%

Rango din. 60

P Des.

ArmónGral



+ Dist 10.8 cm

x Dist 10.4 cm

14cm



OB-Temprana

C5-1

33Hz

R/V

2D

48%

Rango din. 58

P Baj.

ResArmón

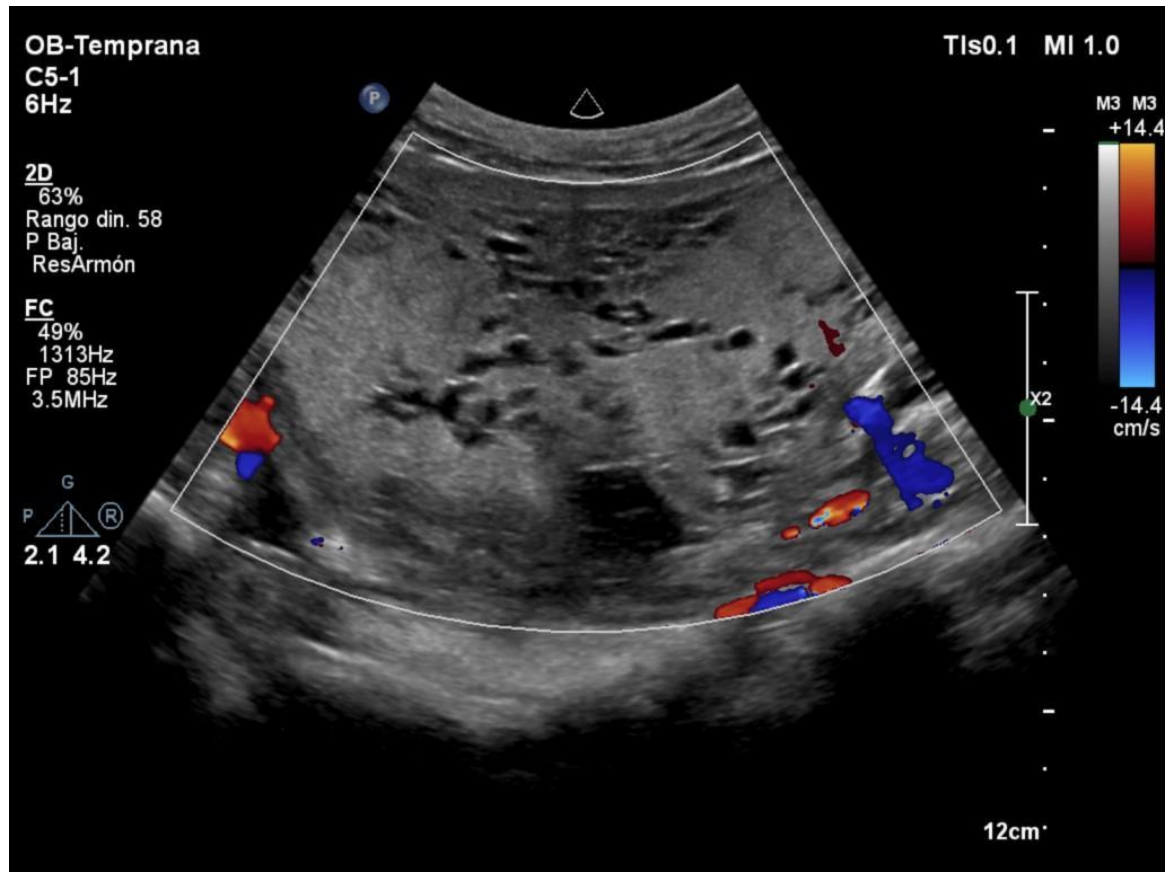
TIs0.1 MI 1.0

M3

G  
P  R  
2.1 4.2



12cm



# Tomografía

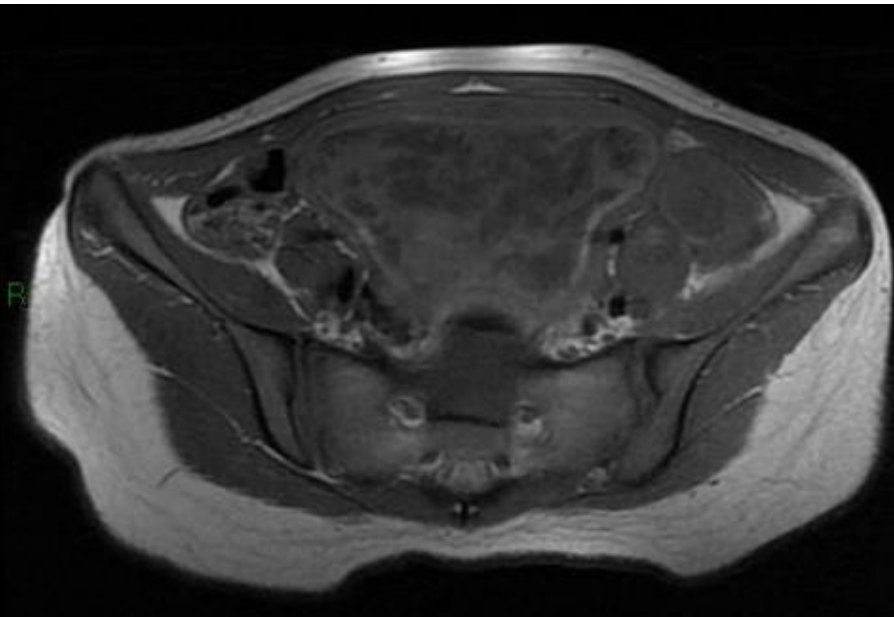
La tomografía es limitada y se utiliza para estadificar en casos donde se sospecha malignidad y evaluar metástasis a distancia.

# Resonancia Magnética

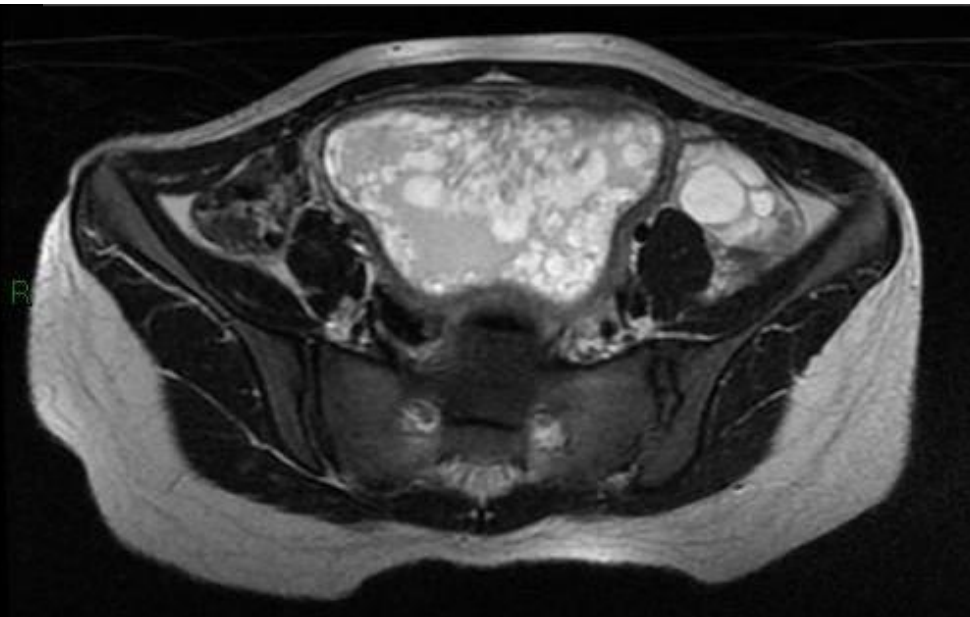
Masa heterogénea con espacios quísticos que distiende la cavidad uterina:

- Hipointensa en T1
- Hiperintensa en T2, en relación al miometrio normal.
- Al administrar contraste se puede ver realce heterogéneo con múltiples espacios quísticos.
- Múltiples quistes luteínicos bilaterales.

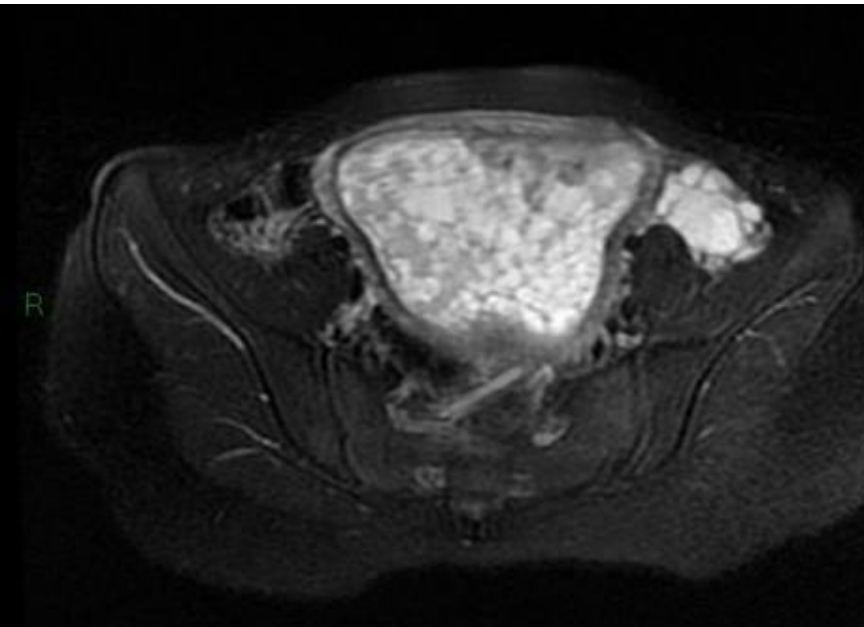
La anatomía zonal uterina a menudo está distorsionada, aunque puede verse un límite miometrial irregular e hipointenso.



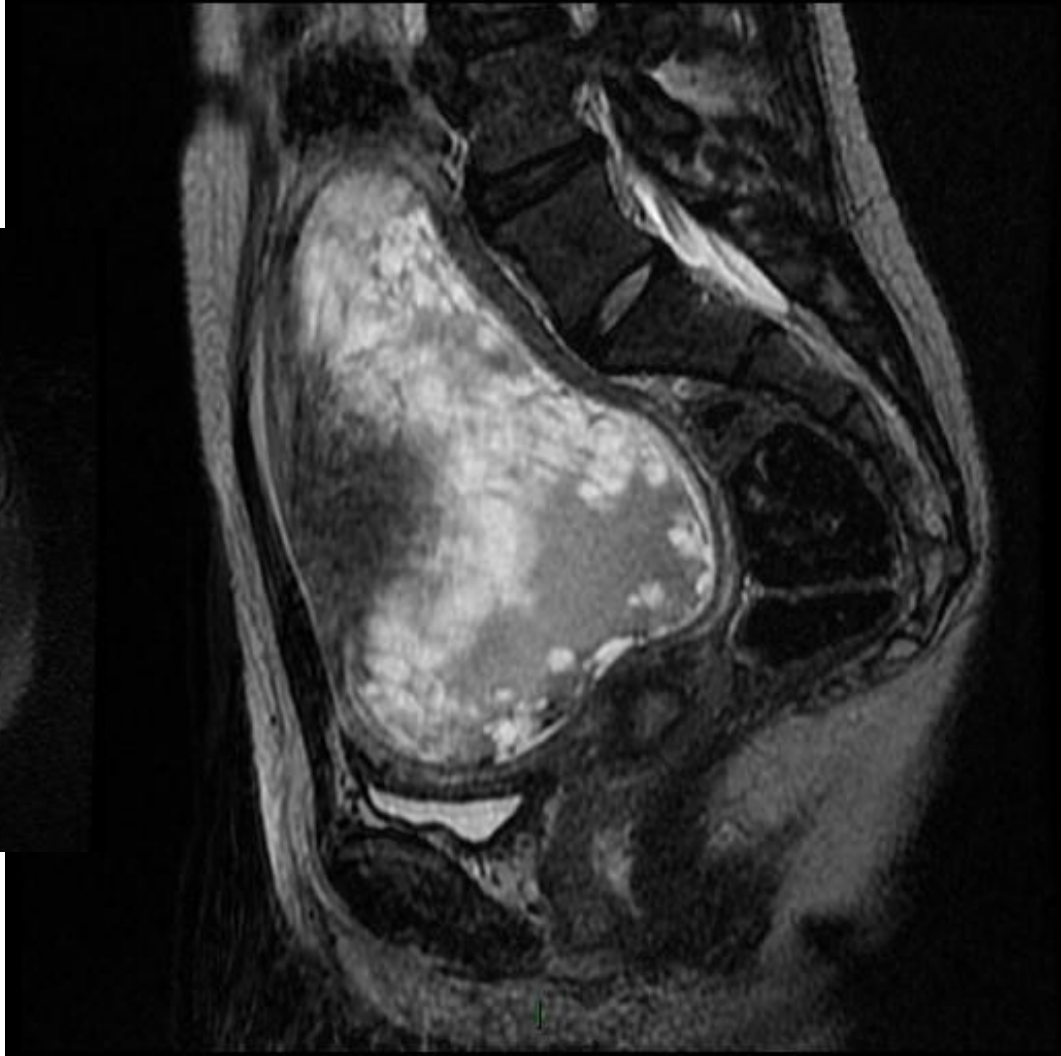
AXIAL T1



AXIAL T2



AXIAL T2 TS FATSAT



SAG T2

# Conclusión

La enfermedad trofoblástica gestacional es un grupo de patologías que puede suponer un desafío a la hora del diagnóstico y para lo que se necesita laboratorio específico, exámen clínico correcto y la pericia del radiólogo.

# Bibliografía

- Shaaban, A. M., Rezvani, M., Haroun, R. R., Kennedy, A. M., Elsayes, K. M., Olpin, J. D., Salama, M. E., Foster, B. R., & Menias, C. O. (2017). Gestational trophoblastic disease: Clinical and imaging features. *Radiographics: A Review Publication of the Radiological Society of North America, Inc*, 37(2), 681–700. <https://doi.org/10.1148/rg.2017160140>
- Jones, J., & Gaillard, F. (2008). Gestational trophoblastic disease. En *Radiopaedia.org*. Radiopaedia.org.
- Vilanova Busquets, J. C. (2014). *Imagen del útero por RM; patología benigna y malformaciones*. Sociedad Española de Radiología Médica. <https://doi.org/10.1594/SERAM2014/S-1239>