

CAPITULO 239

Cánceres del aparato reproductor femenino

El cáncer puede aparecer en cualquier zona del aparato reproductor femenino: la vulva, la vagina, el cuello uterino, el útero, las trompas de Falopio o los ovarios.

Cáncer de útero

A pesar de que frecuentemente es conocido como cáncer de útero, también se denomina carcinoma endometrial porque se inicia en el endometrio (revestimiento interno del útero). Es el cuarto cáncer más frecuente entre las mujeres y el más frecuente del aparato reproductor femenino; se desarrolla después de la menopausia, en particular en las mujeres entre los 50 y 60 años. Puede diseminarse (metastatizarse) tanto de forma local como general (desde el útero hacia el canal cervical, desde el útero hacia arriba hasta las trompas de Falopio y los ovarios, por el área que rodea el útero, por los vasos y ganglios linfáticos (sistema linfático), que transportan la linfa de todo el cuerpo hasta el torrente sanguíneo, o a través de la circulación sanguínea hasta las partes más distantes del organismo.

Síntomas y diagnóstico

Las hemorragias provenientes del útero anormales son el síntoma inicial más frecuente. La hemorragia puede producirse después de la menopausia, o bien puede ser una hemorragia recurrente, irregular o copiosa en las mujeres que todavía están menstruando. Una de cada tres mujeres con hemorragia uterina después de la menopausia tiene este tipo de cáncer. Debido a que puede tratarse de un cáncer, una hemorragia anormal por la vagina después de la menopausia requiere una pronta atención médica.

Para diagnosticar este cáncer se usan varios métodos. La prueba de Papanicolaou (Pap), que detecta la presencia de células cancerosas en el cuello del útero, puede ser de utilidad, aunque puede pasar por alto dichas células en una de cada tres ocasiones cuando se trata de un cáncer del útero. En consecuencia, en estos casos los médicos también pueden realizar una biopsia de endometrio o un legrado, mediante los cuales se extrae una muestra de tejido del revestimiento interno del útero para examinarlo al microscopio.

Si los resultados de la biopsia o del legrado confirman la presencia de un cáncer endometrial, pueden realizarse pruebas adicionales para saber si se ha extendido más allá del útero. Las siguientes exploraciones pueden proporcionar información útil y al mismo tiempo pueden ayudar a establecer el tratamiento más adecuado: la ecografía, la tomografía computadorizada (TC), una cistoscopia (una exploración de la vejiga urinaria mediante un tubo), el enema con papilla de bario, una radiografía de tórax, una pielografía intravenosa (una radiografía que permite ver los riñones y los uréteres), una gammagrafía de los huesos y del hígado, una sigmoidoscopia (un examen del recto a través de un tubo) y una linfografía (una radiografía de los vasos linfáticos a los que se ha inyectado un contraste). No todas estas pruebas resultan necesarias en todos los casos.

Tratamiento

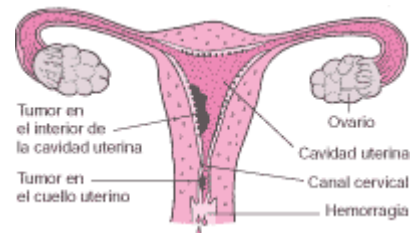
La histerectomía, que consiste en la extirpación quirúrgica del útero, es la base del tratamiento de una mujer con este tipo de cáncer. Si el cáncer no se ha extendido más allá del útero, la histerectomía es casi siempre curativa. Durante la operación, el cirujano generalmente extirpa las trompas de Falopio, los ovarios (salpingooforectomía) y los ganglios linfáticos adyacentes. A continuación, un patólogo examina todos estos tejidos para descubrir si el cáncer se ha extendido y hasta dónde puede haberlo hecho, y de esta manera poder establecer si es necesaria la radioterapia después de la intervención quirúrgica.

Aunque el cáncer parezca limitado, el médico puede aconsejar la administración de fármacos (quimioterapia) después de la cirugía, por si aún quedaran algunas células cancerosas que no se hubieran detectado. Por lo general, se emplean hormonas que interrumpen el crecimiento del cáncer. La administración de progestágenos (a partir de la progesterona, una hormona femenina que bloquea los efectos del estrógenos, y otras hormonas similares) suele dar buenos resultados.

Si el cáncer se ha extendido por fuera del útero, es posible que se necesiten dosis más altas de progestágenos, ya que reducen el tamaño del cáncer hasta el 40 por ciento de las mujeres con metástasis y controlan su extensión durante 2 a 3 años. El tratamiento puede continuarse indefinidamente si es eficaz. Los efectos secundarios de estos fármacos incluyen aumento de peso por la retención de líquidos y a veces depresión.

Si el cáncer se ha extendido o no responde al tratamiento hormonal, pueden añadirse otros fármacos (como ciclofosfamida, doxorubicina y cisplatino). Estos fármacos, que son mucho más tóxicos que los progestágenos, tienen

Hemorragia uterina anormal
El cáncer de útero o de cuello uterino puede ser una causa de hemorragia uterina anormal.



muchos efectos secundarios. Por este motivo, antes de elegir un determinado tratamiento se sopesan cuidadosamente los riesgos y los beneficios de la quimioterapia anticancerosa.

Del total de las mujeres afectadas, casi dos tercios sobreviven y no presentan evidencia de cáncer 5 años después del diagnóstico, menos de un tercio fallecen a causa de esta enfermedad y casi una décima parte sobreviven más tiempo, aunque siguen teniendo el cáncer. Si el cáncer se descubre en sus primeras fases, casi el 90 por ciento de las mujeres tiene una esperanza de vida de al menos 5 años y la mayoría se cura. El índice de supervivencia es mayor en las mujeres más jóvenes, en aquellas cuyo cáncer no ha sobrepasado el útero y cuando el cáncer es un crecimiento más lento.

Cáncer del cuello uterino

El cuello interno del útero o cérvix es el extremo inferior del útero, el cual llega hasta el interior de la vagina. De los cánceres que afectan al aparato reproductor femenino, el cáncer cervical (carcinoma cervical) es el segundo más frecuente entre todas las mujeres y el más frecuente entre las mujeres más jóvenes. En general afecta a mujeres entre 35 y 55 años. Este tipo de cáncer puede estar ocasionado por un virus (el papilomavirus humano) que se contagia a través de las relaciones sexuales.

El riesgo de cáncer cervical parece que es mayor a medida que disminuye la edad en que la mujer tuvo su primera relación sexual y también aumenta en relación con el mayor número de parejas sexuales. El hecho de no hacerse una prueba de Papanicolaou (Pap) regularmente también aumenta el riesgo.



Casi el 85 por ciento de los cánceres cervicales son carcinomas de células escamosas, que se desarrollan en las células escamosas, planas y similares a la piel que recubren el exterior del cuello interno del útero. La mayoría de los demás cánceres se desarrollan a partir de células glandulares (adenocarcinomas) o de una combinación de distintos tipos de células (carcinomas adenoescamosos).

Cuando el cáncer cervical invade el cuello uterino, penetra en la rica red de diminutos vasos sanguíneos y linfáticos que tapizan su interior y en consecuencia se disemina a otras partes del organismo. De este modo, el cáncer puede extenderse hacia áreas distantes o cercanas del cuello uterino.

Síntomas y tratamiento

Los síntomas incluyen pequeñas pérdidas entre las menstruaciones o hemorragias después del coito. Es posible que la mujer no tenga ningún dolor ni síntoma hasta las últimas fases de la enfermedad, pero las Pap realizadas sistemáticamente pueden detectar el cáncer cervical de forma precoz. El cáncer cervical comienza con cambios lentos y progresivos en las células normales y tarda varios años en desarrollarse. Estos cambios progresivos se observan al microscopio colocando las células extraídas mediante la técnica Pap sobre un portaobjetos. Los patólogos han descrito estos cambios en distintos estadios que van desde la normalidad hasta el

cáncer invasivo.

La Pap puede detectar de forma exacta y poco costosa hasta un 90 por ciento de los cánceres cervicales, incluso antes de que aparezcan los síntomas. En consecuencia, el número de muertes por esta enfermedad se ha reducido en más del 50 por ciento. Es recomendable que las mujeres se hagan su primera Pap cuando comienzan a ser sexualmente activas o a partir de los 18 años y que lo repitan sucesivamente una vez al año. Si los resultados son normales durante 3 años consecutivos, entonces la prueba puede espaciarse y realizarla cada 2 o 3 años, siempre que no se cambie el hábito de vida. Si todas las mujeres se sometieran a la Pap de forma periódica, podrían eliminarse las muertes causadas por esta clase de cáncer. Sin embargo, casi el 40 por ciento de las mujeres de los países desarrollados no se hace la prueba regularmente.

Si se encuentra una masa, una úlcera u otra formación sospechosa sobre el cuello uterino durante una exploración pélvica, o si los resultados de las Pap indican una anomalía o cáncer, se debe realizar una biopsia (extracción de una muestra de tejido para examinarla al microscopio). La muestra de tejido se obtiene durante una colposcopia, en la que se usa un tubo de visualización con una lente de aumento (colposcopio) para examinar el cuello interno del útero minuciosamente y escoger el lugar idóneo de la biopsia. Se realizan dos clases de biopsia: la biopsia en sacabocados, en la que se extrae una diminuta porción del cuello uterino que se selecciona visualmente con el colposcopio, y el legrado endocervical, en el que se raspa el tejido del canal del cuello inaccesible visualmente. Ambos procedimientos son un poco dolorosos y producen una pequeña hemorragia, aunque juntos suelen proporcionar suficiente tejido para que el patólogo establezca un diagnóstico. Si éste no resulta claro, se realiza una conización, en la que se extrae una mayor porción de tejido. Por lo general, esta biopsia se realiza mediante escisión electroquirúrgica en la propia consulta del médico.

Una vez que se ha establecido el diagnóstico, se deben determinar el tamaño y la localización exacta del cáncer (es decir, se realiza un estadiaje). El proceso se inicia con una exploración física de la pelvis y varias pruebas (cistoscopia, radiografía de tórax, pielografía intravenosa, sigmoidoscopia) para determinar si el cáncer cervical se ha extendido a otras estructuras circundantes o a partes más distantes del cuerpo. Así mismo, pueden realizarse otras pruebas, como una tomografía computadorizada, una enema con papilla de bario y radiografías de huesos e hígado, dependiendo de las características de cada caso.

Tratamiento

El tratamiento depende del estadio en que se encuentre el cáncer.

Si el cáncer está confinado a la capa más externa del cérvix (carcinoma in situ), a menudo se puede eliminar el cáncer por completo extrayendo parte del cérvix con un bisturí o mediante escisión electroquirúrgica. Este tratamiento tiene la ventaja de no alterar la capacidad de tener hijos. Pero ya que es posible que el cáncer recidive, los médicos aconsejan que las mujeres se realicen revisiones y Pap cada 3 meses durante el primer año y cada 6 meses a partir de este momento. Si una mujer tiene un carcinoma in situ y no desea tener hijos, es recomendable la extirpación del útero (histerectomía).

Si el cáncer está en un estadio más avanzado, es necesario realizar una histerectomía más una extracción de estructuras adyacentes (histerectomía radical) y de ganglios linfáticos. Los ovarios, si son normales y funcionan correctamente, no se extirpan cuando las mujeres son jóvenes.

La radioterapia también es muy efectiva para el tratamiento del cáncer cervical avanzado que no se ha extendido más allá de la región pélvica. A pesar de que causa pocos o ningún problema inmediato, puede provocar irritación en el recto y la vagina. Las lesiones en la vejiga y el recto pueden producirse incluso tiempo después, y los ovarios, en general, dejan de funcionar.

Cuando el cáncer se ha extendido más allá de la pelvis, a veces se debe recurrir a la quimioterapia. Sin embargo, sólo es eficaz en el 25 al 30 por ciento de los casos tratados y los efectos habitualmente son temporales.

Resultados de la prueba de Papanicolaou (Pap): fases del cáncer cervical

- Normal.
- Displasia cervical mínima (primeros cambios que aún no son cancerosos).
- Displasia grave (cambios posteriores que aún no son cancerosos).
- Carcinoma *in situ* (cáncer confinado a la capa más externa del cuello uterino).
- Cáncer invasivo.

Cáncer de ovario

El cáncer de ovario (carcinoma de ovario) se desarrolla sobre todo en las mujeres de entre 50 y 70 años; globalmente, alrededor de 1 de cada 7 mujeres desarrolla esta enfermedad. Es el tercer cáncer más frecuente del aparato reproductor femenino, pero en cambio mueren más mujeres de cáncer de ovario que de cualquier otro que afecte al aparato reproductor.

Los ovarios incluyen varios tipos de células, cada una de las cuales puede transformarse en una clase distinta de cáncer. Se han identificado al menos 10 clases diferentes de cánceres ováricos, por lo que el tratamiento y las perspectivas de recuperación difieren según el tipo específico.

Las células ováricas cancerosas pueden extenderse directamente hasta el área que las rodea y por el sistema linfático hacia otras partes de la pelvis y el abdomen. Las células cancerosas también pueden propagarse por la circulación sanguínea y finalmente aparecen en puntos distantes del cuerpo, sobre todo el hígado y los pulmones.

Tumor de ovario

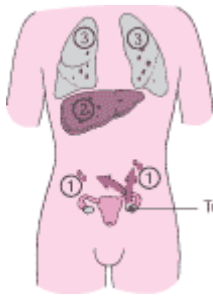
El cáncer de ovario puede diseminarse a través de los ganglios linfáticos a otros órganos de la pelvis y del abdomen (1). Por la circulación sanguínea puede diseminarse a órganos más distantes, principalmente el hígado (2) y los pulmones (3).

Síntomas y diagnóstico

Un cáncer de ovario puede alcanzar un tamaño considerable antes de provocar síntomas. El primer síntoma puede ser un ligero malestar en la parte inferior del abdomen, similar a una indigestión; la hemorragia uterina no es frecuente. El hecho de que una paciente posmenopáusica tenga ovarios de mayor tamaño puede ser un signo precoz de cáncer, a pesar de que su crecimiento también puede deberse a quistes, a masas no cancerosas y a otros trastornos. Así mismo, puede aparecer líquido en el abdomen y éste puede hincharse, debido a ello o al aumento de tamaño del ovario. En esta fase, la mujer puede tener dolor en la pelvis, anemia y pérdida de peso. En algún caso excepcional, el cáncer de ovario secreta hormonas que producen un crecimiento excesivo del revestimiento interno uterino, un aumento en el tamaño de las mamas o un mayor desarrollo del vello.

El diagnóstico de cáncer de ovario en sus primeros estadios es difícil de establecer, porque los síntomas habitualmente no aparecen hasta que el cáncer se ha diseminado y porque muchas otras enfermedades menos graves tienen síntomas similares.

Si se sospecha la existencia de este cáncer, es necesario hacer una ecografía o una tomografía computadorizada (TC) para tener más información acerca del agrandamiento del ovario. En ciertos casos, los ovarios se visualizan directamente con un laparoscopio, un pequeño tubo que se inserta a través de una diminuta incisión en la pared abdominal y que



permite ver los órganos a través de él. Si los resultados de la exploración sugieren la presencia de un quiste, sería aconsejable que la mujer se hiciera revisiones periódicas mientras el quiste siga existiendo. Sin embargo, si los resultados no son convincentes y se sospecha que existe cáncer de ovario, se lleva a cabo una intervención quirúrgica abdominal para hacer el diagnóstico y determinar hasta dónde se ha extendido el cáncer (estadiaje) y cómo tratarlo.

Cuando se acumula líquido en el abdomen, puede aspirarse con una aguja y se examina una muestra para comprobar si hay células cancerosas.

Tratamiento

El tratamiento del cáncer de ovario es quirúrgico. El alcance de la cirugía depende del tipo específico de cáncer y de su estadio. Si no se ha extendido más allá del ovario, es posible extirpar sólo el ovario afectado y la trompa de Falopio del mismo lado. Cuando el cáncer se ha propagado ya más allá del ovario, deben extirparse los dos ovarios y el útero, así como los ganglios linfáticos de alrededor y todas aquellas estructuras circundantes por las que el cáncer suele extenderse.

Después de la cirugía, puede administrarse radioterapia y quimioterapia para destruir cualquier pequeña zona cancerosa residual. El cáncer de ovario que ya se ha diseminado (ha dado lugar a metástasis) es difícil de curar.

Cinco años después del diagnóstico, el índice de supervivencia de las mujeres con las clases más frecuentes de cáncer de ovario es del 15 al 85 por ciento. Este margen tan amplio refleja diferencias en la agresividad de ciertos cánceres y en las distintas respuestas inmunológicas entre unas mujeres y otras contra el cáncer.

Cáncer de vulva

La vulva está formada por los órganos reproductores femeninos externos. El cáncer o carcinoma de vulva representa del 3 al 4 por ciento de todos los cánceres del aparato reproductor femenino y, por lo general, aparece después de la menopausia. A medida que la población vaya envejeciendo, se espera una mayor incidencia de esta enfermedad.

El cáncer de vulva es sobre todo un cáncer de piel localizado cerca o en el mismo orificio de la vagina. Los mismos tipos de células que dan lugar al cáncer de piel (células escamosas y basales) también están presentes en la mayoría de los cánceres de vulva. Alrededor del 90 por ciento de estos cánceres son carcinomas de células escamosas y un 4 por ciento son carcinomas de células basales. El 6 por ciento restante son cánceres raros (enfermedad de Paget, cáncer de la glándulas de Bartholin, melanomas y otros).

Al igual que otros cánceres de piel, los de vulva se inician en la superficie y al principio no crecen mucho más. A pesar de que algunos pueden ser agresivos, la mayoría crecen con relativa lentitud. Ahora bien, si no se lleva a cabo ningún tratamiento pueden invadir la vagina, la uretra o el ano y extenderse hacia la red de ganglios linfáticos del área afectada.

Síntomas y diagnóstico

Los cánceres de vulva pueden verse fácilmente y son como masas inusuales o úlceras que aparecen cerca del orificio de la vagina o en el mismo orificio. Otras veces son como zonas de tejido descamado o con alteraciones de la coloración; el tejido circundante puede retraerse y arrugarse. Por lo general, la mujer siente un ligero malestar, aunque también puede notar picor. Finalmente, pueden producirse hemorragias o pérdidas (secreción acuosa). Estos síntomas indican la necesidad de una pronta asistencia médica.

Para establecer el diagnóstico es preciso realizar una biopsia. Después de anestesiar el lugar de la biopsia, el médico extrae una pequeña cantidad de piel anormal para determinar si se trata de un cáncer y no de una infección o de una simple irritación. Así mismo, la identificación de la clase de cáncer, en caso de que exista, permite desarrollar la estrategia del tratamiento.

Tratamiento

El tratamiento consiste en la vulvectomía, que es una intervención quirúrgica dirigida a extirpar la gran cantidad de tejido que rodea el orificio de la vagina. En todos los cánceres, excepto en los más pequeños, la vulvectomía es necesaria para extirpar el carcinoma de vulva de células escamosas. Este tipo de resección amplia se lleva a cabo ya que esta clase de cáncer se extiende rápidamente hacia los tejidos y ganglios linfáticos circundantes. Como la vulvectomía puede incluir la extirpación del clítoris, los médicos y la mujer deben establecer un plan de tratamiento conjunto que abarque todos los aspectos implicados, así como que tenga en cuenta tanto los problemas médicos, la edad y el grado de actividad sexual. Por lo general, el coito es posible después de una vulvectomía. En los casos muy avanzados en los que parezca poco probable conseguir la curación completa puede aplicarse radioterapia después de la cirugía. Si el cáncer se detecta a tiempo, el 75 por ciento de las mujeres no presenta signos de cáncer 5 años después del diagnóstico; si resulta que algunos ganglios linfáticos están afectados, el índice de supervivencia es inferior al 50 por ciento.

Debido a que el cáncer vulvar de células basales no tiende a producir metástasis en puntos alejados, suele bastar con una intervención quirúrgica local. No es necesaria la escisión de toda la vulva, a menos que el cáncer afecte a un área extensa.

Cáncer de vagina

Sólo alrededor del uno por ciento de los cánceres del aparato reproductor femenino aparece en la vagina. El cáncer o carcinoma de vagina afecta a las mujeres de entre 45 y 65 años, y más del 95 por ciento de estos cánceres son carcinomas de células escamosas y en consecuencia se parecen a los cánceres de cuello uterino y de vulva. El carcinoma vaginal de células escamosas puede estar producido por el papilomavirus humano, la misma clase de virus que provoca verrugas genitales y cáncer cervical. El carcinoma de células claras, un cáncer de vagina poco frecuente, aparece casi exclusivamente en mujeres cuyas madres tomaron el fármaco dietilestilbestrol (DES) durante el embarazo.

Síntomas y diagnóstico

El cáncer de vagina destruye el revestimiento interno de la vagina y provoca úlceras que pueden sangrar e infectarse. También puede producirse una secreción acuosa o de sangre, acompañada de dolor, durante el coito. Si el tumor crece demasiado, incluso puede afectar a la función de la vejiga y del recto y, en consecuencia, la mujer puede sentir la necesidad de orinar de forma imperiosa e incluso sentir dolor con la micción.

Cuando se sospecha la presencia de un cáncer de vagina, el médico raspa células de la pared vaginal para examinarlas al microscopio y realiza una biopsia de cualquier formación, úlcera u otra área sospechosa que pueda observar durante la exploración pélvica. Por lo general, la biopsia se realiza durante la colposcopia.

Tratamiento

El tratamiento depende tanto de la localización del cáncer como de su tamaño. Sin embargo, todos los cánceres vaginales pueden ser tratados con radioterapia.

Cuando el cáncer está localizado en el tercio superior de la vagina, el médico puede practicar una histerectomía y extirpar los ganglios linfáticos pélvicos y la parte superior de la vagina, o bien puede aplicar radioterapia. El cáncer localizado en el tercio medio de la vagina se trata con radioterapia, mientras que si se sitúa en la parte inferior puede realizarse una extirpación quirúrgica o aplicar radioterapia.

El coito puede resultar difícil o imposible después del tratamiento del cáncer vaginal, a pesar de que, en ocasiones, se puede construir una nueva vagina con injertos de piel o con parte del intestino. El índice de supervivencia a los 5 años gira en torno al 30 por ciento.

Cáncer de las trompas de Falopio

Este cáncer es el más raro de todos los que afectan al aparato reproductor femenino. Los síntomas son un cierto malestar abdominal y ocasionalmente una secreción acuosa o teñida de sangre que proviene de la vagina. En general, se detecta una masa de gran tamaño en la pelvis y el diagnóstico se realiza después de su extirpación. Casi siempre es necesario practicar una histerectomía con extirpación de los ovarios y demás áreas circundantes, seguida de quimioterapia. El pronóstico es similar al del cáncer de ovario.

Mola hidatiforme

Una mola hidatiforme es una masa tumoral formada por tejido de la placenta o de las membranas.

Una mola hidatiforme se desarrolla a partir de células que quedan después de un aborto espontáneo o de un embarazo completo, pero en la mayoría de los casos lo hace a partir de un óvulo fecundado, el cual se desarrolla como un tumor anómalo independiente (embarazo molar). Sólo en muy raras ocasiones, la placenta puede desarrollarse anormalmente si el feto es normal. Más del 80 por ciento de las molas hidatiformes son benignas; no obstante, el 15 por ciento invade el tejido que las rodea (mola invasiva), y del 2 al 3 por ciento se disemina por todo el organismo (coriocarcinoma).

El riesgo de que aparezcan molas hidatiformes es mayor en las mujeres que quedan embarazadas entre los 35 y los 45 años. Según algunas estadísticas, estas molas aparecen en alrededor de 1 de cada 2 000 embarazos y, por razones desconocidas, son casi 10 veces más frecuentes entre las asiáticas.

Síntomas y diagnóstico

Las molas hidatiformes suelen producir síntomas poco después de la concepción. La mujer siente que está embarazada, pero el tamaño de su abdomen no se corresponde con el de un embarazo normal, porque la mola que se encuentra en el útero crece rápidamente. Son frecuentes náuseas y vómitos intensos y en ciertos casos también puede ocurrir hemorragia vaginal; estos síntomas indican la necesidad de acudir al médico inmediatamente. Las molas hidatiformes pueden causar graves complicaciones, como infecciones, hemorragia y toxemia del embarazo.

Si la mujer tiene una mola hidatiforme en lugar de un embarazo normal, no se detectan movimiento fetal ni latidos cardíacos. Durante el proceso de degeneración de la mola se expulsan pequeñas cantidades de material similar a granos de uva por la vagina. El patólogo puede examinar este material al microscopio para confirmar el diagnóstico.

El médico puede solicitar una ecografía para comprobar que se trata de una mola hidatiforme y no de un feto o un saco amniótico (las membranas que contienen el feto y el líquido que lo rodea). Pueden realizar análisis de sangre para medir la concentración de gonadotropina coriónica humana (una hormona producida al comienzo del embarazo). Si existe una mola hidatiforme, el valor es muy alto debido a que produce una gran cantidad de esta hormona. Esta prueba es menos útil al inicio del embarazo, porque los valores de la hormona también son altos.

Tratamiento

La mola hidatiforme debe extirparse por completo. En general, el tratamiento de elección es el legrado por aspiración después de dilatar el cuello uterino. Sólo en muy raras ocasiones se realiza una histerectomía.

Tras la cirugía, se mide la concentración de gonadotropina coriónica humana para determinar si la extirpación ha sido completa. Si es así, el valor de esta hormona vuelve a la normalidad, en unas 8 semanas, y se mantiene en esos valores. Si una mujer a la que se le ha extirpado una mola queda embarazada, es difícil interpretar un valor alto de gonadotropina coriónica humana, porque podría estar causado tanto por el embarazo como por una parte de la mola que no se ha extirpado. En consecuencia, a las mujeres a las que se les ha extirpado una mola se les recomienda no quedar embarazadas durante un año.

Las molas hidatiformes benignas no necesitan quimioterapia, pero las malignas sí. Los fármacos que se usan para este tratamiento son el metotrexato, la dactinomicina o una combinación de ambos.

El índice de curación es virtualmente del 100 por cien en las mujeres en que la enfermedad es menos avanzada y del 85 por ciento en las que se ha extendido ampliamente. La mayoría de las mujeres curadas de mola hidatiforme conservan la capacidad reproductora.