Embarazo molar con feto vivo y éxito perinatal. Reporte de un caso y revisión bibliográfica

Muciño-García E,[1] Hinojosa-Rodríguez KA,[2] López-Rioja MJ,[2] Salgado-Benítez E,[1] Pérez-Lara SA,[2] Zebadúa-Jiménez VH,[2] López-Recio Y[2]

Resumen

ANTECEDENTES: la mola parcial o incompleta representa 30% de las enfermedades trofoblásticas gestacionales; sin embargo, la incidencia de mola parcial con feto vivo es una manifestación poco frecuente, que ocurre en 1 de cada 100,000 embarazos.

CASO CLÍNICO: paciente de 27 años de edad, con antecedentes ginecoobstétricos de 3 embarazos y 2 partos, sin comorbilidades ni alteraciones de importancia para el padecimiento actual; embarazo de 30.1 semanas según la fecha de la última menstruación y diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional (mola parcial), placenta previa y útero arcuato. El ultrasonido evidenció vesículas hidrópicas, compatibles con enfermedad trofoblástica gestacional (mola parcial), por lo que se realizó amniocentesis a las 16.3 semanas del embarazo, sin incidentes ni complicaciones. Se encontró el cariotipo 46,XX. Se decidió la interrupción del embarazo por cesárea de urgencia. Puesto que se trataba de un embarazo con alta morbilidad y mortalidad, y la paciente tenía paridad satisfecha, se decidió realizar cesárea-histerectomía con la técnica de Esperanza-Bautista. Nació una niña de 1416 g, Capurro de 3 semanas y Apgar 7/9. El reporte de patología fue: proliferación anormal del trofoblasto, vesículas y vellosidades hidrópicas. La paciente continuó en seguimiento semanal sin complicaciones aparentes.

CONCLUSIONES: el embarazo molar con feto vivo es una alteración poco frecuente. El diagnóstico temprano, seguimiento prenatal estrecho y tratamiento multidisciplinario representan factores importantes para la viabilidad del recién nacido.

PALABRAS CLAVE: embarazo molar; feto viable, mola incompleta

[1] Residente de Ginecoobstetricia
[2] Ginecoobstetra.
Hospital Materno Perinatal Mónica. Pretelini Sáenz, Toluca, Estado de México.

Recibido: septiembre 2017

Aceptado: septiembre 2017

Correspondencia
Miguel de Jesús López Rioja
lopezrioja@me.com

Este artículo debe citarse como
Muciño-García E, Hinojosa-Rodríguez KA, López-Rioja MJ, Salgado-Benítez E, Pérez-Lara SA, Zebadua-Jiménez VH, López-Recio Y. Embarazo molar con feto vivo y éxito perinatal. Reporte de un caso y revisión bibliográfica. Ginecol Obstet Mex. 2017 nov;85(11):772-777.
DOI: https://doi.org/10.24245/gom.v85i11.1629

Ginecol Obstet Mex. 2017 Nov;85(11):772-777.

Molar pregnancy with live fetus, and perinatal success. Case report and bibliographical review

Muciño-García E,[1] Hinojosa-Rodríguez KA,[2] López-Rioja MJ,[2] Salgado-Benítez E,[1] Pérez-Lara SA,[2] Zebadúa-Jiménez VH,[2] López-Recio Y[2]

Abstract

BACKGROUND: The partial or incomplete mole represents 30% of gestational trophoblastic diseases. However, the incidence of partial

mole with a viable fetus is an uncommon presentation, with an incidence of 1 per 100,000 pregnancies.

CASE REPORT: a 27-year-old female with a gyneco-obstetric history of 3 pregnancies and 2 births, without comorbidities or alterations of importance for the current condition; pregnancy of 30.1 weeks according to the date of last menstruation and diagnosis of gestational trophoblastic disease (partial spring), placenta previa and arcuate uterus. The ultrasound evidenced hydropic vesicles, compatible with gestational trophoblastic disease (incomplete mole). The amniocentesis was performed at 16.3 weeks of pregnancy. The karyotype 46, XX was found. It was decided to terminate the pregnancy by emergency cesarean section. Since it was a pregnancy with high morbidity and mortality, and the patient had parity satisfied, it was decided to perform a cesarean-hysterectomy using the Esperanza-Bautista technique. A female newborn was born, weighing 1416 g, Capurro 3 weeks and APGAR 7/9. The pathology report was abnormal proliferation of the trophoblast, vesicles and villi. At the moment the patient remains in weekly follow-up with no apparent complications.

CONCLUSIONS: Molar pregnancy with a viable fetus has an infrequent presentation. Early diagnosis, close prenatal follow-up, and multidisciplinary management condition perinatal success.

KEYWORDS: Molar pregnancy; Live fetus; Incomplete mole

[1] Residente de Ginecoobstetricia
[2] Ginecoobstetra.
Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz, Toluca, Estado de México.

Correspondence
Miguel de Jesús López Rioja
lopezrioja@me.com

ANTECEDENTES

El embarazo molar forma parte de las enfermedades trofoblásticas gestacionales (coexistencia de un nódulo en el sitio de la placenta, mola hidatiforme completa o incompleta, y sitio placentario aumentado).[1-9]

La mola hidatiforme se caracteriza por alteraciones en las vellosidades coriónicas que se manifiestan por proliferación anormal del trofoblasto y edema velloso. Se clasifica en mola hidatiforme completa o incompleta y su incidencia es de 3 por cada 1000 embarazos y de 1-3 por cada 1000 embarazos, respectivamente.[10] En México se ha reportado una incidencia de 2.4 por cada 1000 embarazos.[11,12]

Los reportes de enfermedad trofoblástica gestacional con feto vivo son muy raros. La mayoría son de casos de embarazo gemelar (dicigótico), concomitante con una enfermedad trofoblástica gestacional (mola completa) y un gemelo con cariotipo normal. Otro escenario excepcional es la enfermedad trofoblástica gestacional (mola parcial) con feto vivo,[13] cuya incidencia se estima en 1 por cada 100,000 casos.[14,15]

CASO CLINÍCO

Paciente de 27 años de edad, con antecedentes ginecoobstétricos de 3 embarazos y 2 partos, sin comorbilidades ni alteraciones de importancia para el padecimiento actual; embarazo de 30.1 semanas según la fecha de la última menstrua-

ción y diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional (mola parcial), placenta previa y útero arcuato. La paciente fue enviada a un hospital de la Ciudad de México para la atención y finalización del embarazo.

El control prenatal lo llevó a cabo desde el primer trimestre en su hospital de referencia, en donde se efectuó el tamizaje de aneuploidías del primer trimestre, con un estudio combinado que reportó elevado riesgo de cromosomopatías asociado con la edad materna (1/50) a expensas de la elevación de los múltiplos de la mediana (MoM) de la fracción β-hCG. En el ultrasonido se observaron imágenes hipoecoicas sugerentes de vesículas hidrópicas, compatibles con enfermedad trofoblástica gestacional (mola parcial), por lo que se realizó amniocentesis a las 16.3 semanas del embarazo, sin complicaciones. Se determinó el cariotipo 46,XX. El ultrasonido estructural efectuado a las 22 semanas en el servicio de Medicina Materno-Fetal no reportó defectos estructurales.

La concentración de la fracción β-hCG fue de 204,525 mUI/mL. El ultrasonido mostró un feto vivo, con fetometría de 30.5 semanas según la edad gestacional, con peso estimado de 1,310 g, sin defectos estructurales aparentes. Se confirmó el diagnóstico de placenta previa total y enfermedad trofoblástica gestacional (mola parcial), además de observar imágenes hipoecoicas sugerentes de vesículas hidrópicas (**Figuras 1 y 2**). El protocolo de estudio se completó con ultrasonido de hígado y vías biliares, pruebas de función hepática y radiografía de tórax con resultados en parámetros normales.

Durante las primeras 48 horas tuvo sangrado transvaginal profuso (mayor de 200 mL, de color rojo rutilante, no doloroso); no se registraron datos de gasto cardiaco, pero se observó pérdida del bienestar fetal (bradicardia de 100 lpm me-



Figura 1. Ultrasonido con útero gestante e imagen compatible con mola hidatiforme (imagen en panal de abeja).



Figura 2. Útero gestante exteriorizado con malformación mülleriana, tipo útero arcuato.

diante registro electrocardiotocográfico), por lo que se decidió la interrupción del embarazo por cesárea de urgencia. Puesto que se trataba de un embarazo con alta morbilidad y mortalidad, y la paciente tenía paridad satisfecha, se decidió realizar cesárea-histerectomía con la técnica de Esperanza-Bautista (**Figura 3**). Se obtuvo un recién nacido femenino, con peso de 1416 g, Capurro de 3 semanas y APGAR 7/9. Los hallaz-



Figura 3. Cesárea-histerectomía. Técnica Esperanza-Bautista.

gos más sobresalientes fueron: placenta previa total, con proliferación anormal del trofoblasto, vesículas y edema velloso (**Figura 4**). No se registraron incidentes ni complicaciones pre ni posoperatorias. Se estimó un sangrado de 700 mL. Durante el seguimiento, 72 horas después de la cesárea, la concentración de la fracción β-hCG fue de 16,549 mUI/mL y después de una semana de 3,984 mUI/mL. Por el momento la paciente permanece en seguimiento semanal; cuando cumpla tres semanas consecutivas con resultado negativo continuará la determinación de β-hCG cada dos semanas por dos meses y, finalmente, de manera mensual durante un año. El reporte de patología fue proliferación anormal del trofoblasto, vesículas y vellosidades hidrópicas (**Figura 5**).

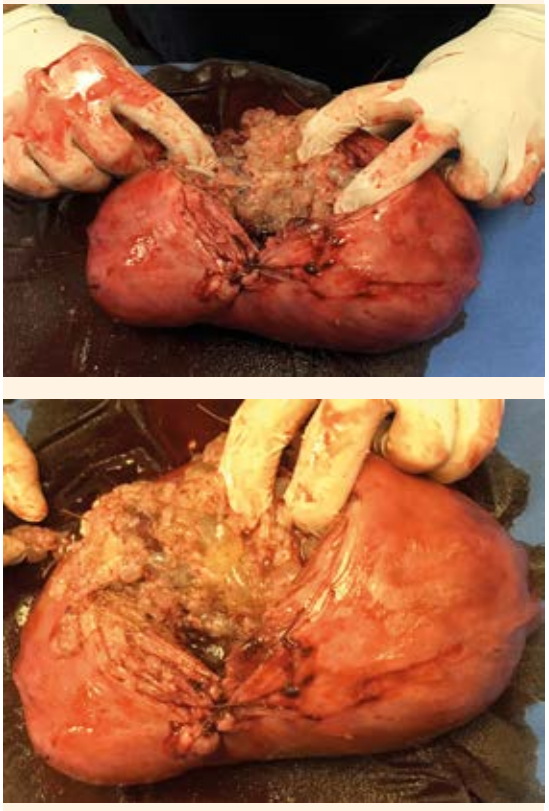


Figura 4. Placenta con vesículas y útero arcuato.

DISCUSIÓN

La incidencia de mola parcial es de 1 por cada 1,000 embarazos y de mola parcial con feto vivo de 1 por cada 100,000.[14,15] Su patogenia se relaciona con la fertilización de un ovocito por dos espermatozoides (diespermia) y la formación de un cigoto triploide. En casos excepcionales, al momento de la división celular puede generar fetos diploides; sin embargo, en la mayoría de los casos son dismórficos.[16-17] El diagnóstico diferencial se establece con embarazo gemelar (dicigótico) con mola completa y un feto diploide.[18]

Para que un embarazo con enfermedad trofoblástica gestacional (mola parcial) llegue a término o cerca de éste, el feto debe tener un cariotipo diploide; por tanto, es indispensable confirmar el estudio mediante amniocentesis y biopsia de vellosidades coriales, y de esta manera sugerir el pronóstico.[19-21] Entre los riesgos maternos del embarazo molar se encuentran: hipertiroidismo, preeclampsia, eclampsia, enfermedad trofoblástica gestacional persistente, embarazo pretérmino y desprendimiento prematuro de

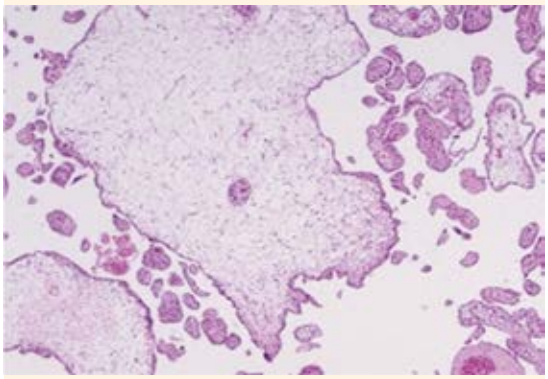


Figura 5. Corte histológico que muestra las vellosidades hidrópicas.

placenta normoinserta. Las complicaciones fetales incluyen: abortos, anomalías congénitas, parto pretérmino y restricción del crecimiento intrauterino.[20]

El ultrasonido es un estudio con poca especificidad para establecer el diagnóstico diferencial con embarazo molar parcial y embarazo gemelar con mola completa; por tanto, debe considerarse la extensión de los hallazgos característicos (imagen en panal de abeja), que en el caso de mola parcial representa una manifestación focal y en el de mola completa es difusa.[21]

El embarazo molar con feto vivo, en mujeres con paridad satisfecha, se trata con histerectomía en bloque, preservando los ovarios. La inducción de las contracciones uterinas con oxitocina o prostaglandinas puede incrementar el riesgo de embolización y diseminación de tejido trofoblástico a través del sistema venoso, lo que resulta en embolia pulmonar, incluso metástasis a pulmón u otro órgano.[22,23] La histerectomía en pacientes con mola hidatiforme reduce el riesgo de evolución maligna en 97% de los casos.[23] Así mismo, las pacientes con la mola parcial o completa tienen 10 veces más riesgo de lograr un embarazo molar subsecuente.[24] La paciente de este estudio tenía útero arcuato, que a pesar de no correlacionarse con mola hidatiforme, existe elevada posibilidad de morbilidad perinatal.[25]

El tratamiento posterior al embarazo molar consiste en la determinación de la fracción beta de gonadotropina coriónica humana, inmediatamente después de la interrupción del embarazo hasta lograr resultados negativos de manera persistente. De acuerdo con la FIGO, los estudios de control deben efectuarse de manera semanal hasta lograr 3 semanas consecutivas con resultado negativo, posteriormente cada 2 semanas durante dos meses y, por último, de forma mensual durante un año.[26]

CONCLUSIONES

El embarazo molar con feto vivo se considera de alto riesgo materno y fetal, por lo que se sugiere establecer el diagnóstico temprano mediante técnicas invasivas (amniocentesis o biopsia de vellosidades coriales) y llevar a cabo el seguimiento prenatal estrecho. La interrupción del embarazo debe individualizarse en cada paciente.

REFERENCIAS

1. Candelier J. The hydatiform mole. Cell Adh Migr 2015;10:226-235.
2. Vassilakos P, Riotton G, Kajii T. Hydiform mole: two entities. A morphologic and cytogenetic study with some clinical consideration. Am J Obstet Gynecol 1977;127:167-170.
3. Szulman AE, Surti U. The clínico pathologic profile of the partial hydatidiform mole. Obstet Gynecol 1982;59:597-602.
4. Szulman AE, Surti U. The syndromes of hydatidiform mole. I. Cytogenetic and morphologic correlations. Am J Obstet Gynecol 1978;131:665-671.
5. Kajii T, Ohama K. Androgenetic origin of hydatidiform mole. Nature 1977;268:633-634.
6. Berkowitz RS, Goldstein DP. Clinical practice. Molar pregnancy. N Engl J Med 2009; 360:1639-1645.
7. Berkowitz RS, Goldstein DP. Chorionic tumors. N Engl J Med 1996;335:1740-1748.

8. Yamashita K, Wake N, Araki T, et al. Human lymphocyte antigen expression in hydatidiform mole: androgenesis following fertilization by a haploid sperm. Am J Obstet Gynecol 1979;135:597-600.
9. Azuma C, Saji F, Tokugawa Y, et al. Application of gene amplification by polymerase chain reaction to genetic analysis of molar mitochondrial DNA: the detection of anuclear empty ovum as the cause of complete mole. Gynecol Oncol 1991;40:29-33.
10. Seckl MJ, Sebire NJ, Berkowitz RS. Gestational trophoblastic disease. Lancet 2010;376:717-729.
11. Arteaga GC. Ginecología y reproducción humana. Temas selectos. Tomo I. México: Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, 2006;631-637.
12. Lira P, Tenorio G, Gómez-Pedroso R, et al. Enfermedad trofoblástica gestacional: experiencia de 6 años en el Instituto Nacional de Perinatología. Ginecol Obstet Mex 1995;63:478-482.
13. Rahamni M, Parviz S. A case report of partial molar pregnancy associated with a normal appearing dizygotic fetus. Asian Paci J Reprod 2016;5:171-173.
14. Czernobilsky B, Barash A, Lance M. Partial Moles: a clinico-pathologic study of 25 cases. Obstet Gynecol 1982;59:75-77.
15. Sebire N, Foskett M, Paradinas F, et al. Outcome of twin pregnancies with complete hydatidiform mole and healthy co-twin. Lancet 2002;359:165-166.
16. Suzuki M, Matsunobu A, Vakita K, et al. Hydatidiform mole with surviving co-existent fetus. Ombt Gynecol 1980;56:384-388.
17. Vaisbuch E, Ben-Ariea A, Dgania R, et al. Twin pregnancy consisting of a complete hydatidiform mole and co- existent fetus: Report of two cases and review of literature. Gynecol Oncol 2005;98:9-23.
18. Changchien CC, Eng HL, Chen WJ. Twin pregnancy with hyda- tidiform mole (46,XX) and a coexistent fetus (46,XY): report of a case. J Formos Med Assoc 1994;93:337-339.
19. Sarno AP, Moorman AJ, Kalousek DK. Partial pregnancy with fetal survival: an unusual example of confined placental mosaicism. Obstet Gynecol 1993;82:716-719.
20. Shobhau N, Dhananjaya B, Sunil K et al. A Term Pregnancy with Partial Molar Changes : A Case Report. Int J Biol Med Res 2011; 2:1191-1192.
21. Vejerslev LO. Clinical management and diagnostic possibilities in hydatidiform mole with coexistent fetus. Obstet Gynecol Surv 1991;46:577-588.
22. Vaisbuch E, Ben-Ariea A, Dgania R, et al. Twin pregnancy consisting of a complete hydatidiform mole and coexistent fetus: Report of two cases and review of literature. Gynecol Oncol 2005;98:9-23.
23. Soper Jt, Match DG, Schink JC, et al. Diagnosis and treatment of gestational trophoblastic disease: ACOG Practice Bulletin No 53. Gynecol Oncol 2004;93:575-585.
24. Cavaliere A, Ermito S, Dinatale A, et al. Managment of molar preagnancy. J Prenat Med 2009;3:15-17.
25. Acien P. Reproductive performance of women with uterine malformations. Hum Reprod 1993;8:122-126.
26. Kohorn EI. The new FIGO 2000 staging and risk factor scoring system for gestational trophoblastic disease: description and clinical assessment. Int J Gynecol Cancer 2001;11:73-77.

AVISO PARA LOS AUTORES

Los autores de *GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO* estarán de acuerdo en que los artículos aceptados para publicación serán objeto de una revisión de sintaxis y ortografía del español y editorial para adaptar el escrito al estilo de esta publicación y de las revistas internacionales.