

EMBARAZO GEMELAR CON MOLA HIDATIDIFORME PARCIAL Y FETO VIVO COEXISTENTE

Dra. Judith Bustillo Alarcón

Ginecóloga-Obstetra Hospital San Pedro Claver

Dra. Sonia Bustillo Alarcón

Médica Pediatra Hospital San Pedro Claver

Dra. Shirley Abastoflor Gumiel.

Residente II año Obstetricia y Ginecología Hospital San Pedro Claver

Palabras Clave: Mola hidatidiforme, embarazo gemelar.

Key Words: Hydatidiform mole, twin-pregnancy.

RESUMEN.-

La coexistencia de una mola hidatidiforme parcial y de un feto vivo es extremadamente rara, clásicamente se asocia a un enorme riesgo de aborto espontáneo, muerte intrauterina, parto pretérmino, preeclampsia, hipertiroidismo y malignización.

Se presenta el caso de una paciente multigesta con embarazo gemelar de 34 semanas de gestación, con mola hidatidiforme parcial y feto vivo coexistente, sin antecedentes pertinentes, es hospitalizada con los diagnósticos de metrorragia del tercer trimestre de embarazo y preeclampsia leve.

Fue sometida a cesárea de emergencia por desprendimiento prematuro de placenta, se obtuvo un producto vivo pretérmino y una placenta completa, fusionada con el tejido de aspecto molar, desprendida en un 20% de su superficie. El estudio histopatológico de las vesículas molares reportó degeneración hidrópica de las vellosidades coriales e hipertrofia trofoblástica moderada en las vesículas molares. La paciente evolucionó sin complicaciones, sin evidencia de actividad trofoblástica. Recién nacido con evolución favorable.

SUMMARY.-

The coexistence of a partial hydatidiform mole and a live fetus is extremely rare, typically associated with a huge risk of spontaneous abortion, stillbirth, preterm delivery, preeclampsia, hyperthyroidism, and malignancy.

A case of a patient with twin pregnancy multigravida 34 weeks of gestation, with partial hydatidiform mole coexisting live fetus, with no relevant background, is hospitalized with a diagnosis of metrorrhagia in the third quarter of pregnancy and mild preeclampsia. She underwent emergency caesarean placental abruption, a live product was obtained preterm and full placenta, combined with tissue-looking mole, detached in 20% of its surface. The histopathological examination of molar vesicles reported hydropic degeneration of chorionic villi and hypertrophy moderate trophoblastic vesicles molar. The patient recovered without complications, no evidence of trophoblastic activity. Newborn with favorable evolution.

INTRODUCCION.-

La mola hidatiforme parcial o incompleta forma parte de un conjunto de lesiones

que se agrupan dentro de la enfermedad trofoblástica gestacional, junto a la mola completa, la mola invasiva, el coriocarcinoma, el tumor localizado del lecho placentario, el tumor epitelioide del trofoblasto y el nódulo placentario. Cada uno de ellos presenta tanto patogénesis, como características morfológicas y clínicas específicas (1).

Se asocia a un alto riesgo de aborto espontáneo, muerte intrauterina, parto pretérmino, preeclampsia, hipertiroidismo y malignización (2).

Los embarazos gemelares con mola hidatidiforme y feto aparentemente normal afectan de 0.01 a 0.001% de los embarazos (3).

En 1976, Vassilakos y Kajii clasificaron por primera vez la mola hidatidiforme en completa o parcial y describieron la morfología y las características citogenéticas de cada una (4).

La mola hidatidiforme parcial tiene un cariotipo triploide 69XXY como resulta-

do de la fertilización de un ovocito por un espermatozoide duplicado o por dos espermatozoides, y puede manifestarse como cariotipos 69XXY (70%), 69XXX (27%) y 69XYY (3%). 5 Generalmente en la mayoría de las molas parciales estudiadas se ha encontrado que hay un juego de cromosomas materno y dos piezas de cromosomas paternos, este tipo de alteraciones genéticamente recibe el nombre de triploidía diándrica (6). Según este hallazgo Craven y Ward (7), Lindor y col. (8), afirman que la contribución genética paterna es esencial en el desarrollo y la función de la placenta y de los tejidos extraembrionarios, en tanto que la información genética materna es fundamental en el desarrollo embrionario.

Los estadios clínicos y la clasificación son diversos, en el año 2000 la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) fusionó su clasificación anatómica con la pronóstica de la Organización Mundial de la Salud (OMS). (9) La coexistencia de un feto con mola, generalmente se vincula con embarazos gemelares dicigóticos. 10

CASO CLINICO.-

Paciente de 34 años de edad, con antecedente de cuatro embarazos, dos abortos y dos partos, dos controles prenatales a las 26 y 33 semanas de gestación en un puesto de salud. Acudió al Hospital San Pedro Claver a las 34 semanas de gestación, según la fecha de la última menstruación, clínicamente mayor, por metrorragia desde hace 2 horas y enfermedad hipertensiva del embarazo. Ingresó con tensión arterial de 180/90 mmHg, consciente, hemodinámicamente estable, signo de Chaussier negativo, con abdomen globoso por útero gestante, altura uterina de 37 cm, se verifica dinámica uterina irregular, con sangrado transvaginal de color rojo rutilante en escasa cantidad, con modificaciones cervicales, sin edema de miembros inferiores, y con reflejos osteotendinosos profundos aumentados. Se solicitó ecografía de emergencia, se inició tratamiento específico para la enfermedad hipertensiva y esquema de inductores de madurez pulmonar, por la

posibilidad de interrumpir la gestación a corto plazo. La ecografía reportó: Gesta de 34 semanas. Feto vivo y único. Placenta mixta, grado I de maduración. La imagen ultrasonográfica (copos de nieve) sugirió mola hidatidiforme debida, posiblemente, a embarazo gemelar.

FOTO N° 1

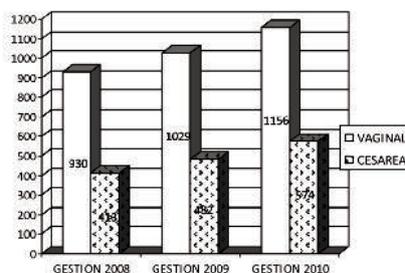


FOTO N° 2

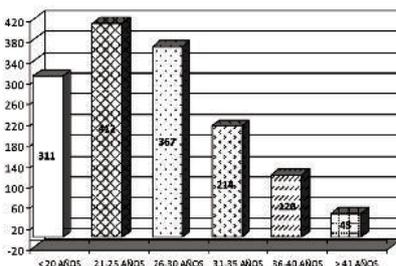


FOTO N° 3

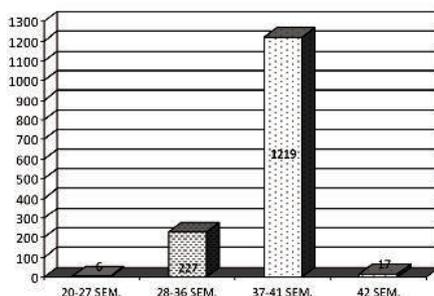


FOTO N° 4

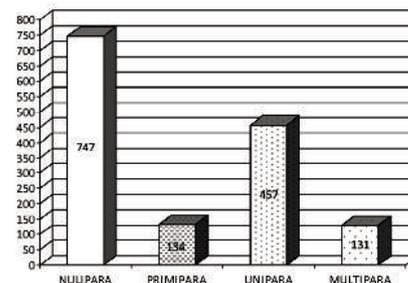
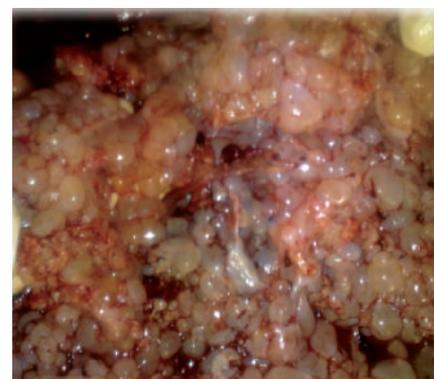


FOTO N° 5



Tuvo proteinuria de 100 mg/dl y HCG en orina de 24 hrs de 30000 UI/ml.

Luego de 24 hrs. de internación presentó sangrado transvaginal en abundante cantidad, paciente fue sometida a operación cesárea de emergencia, se obtuvo un producto vivo pretérmino de sexo femenino, peso 1800 grs. longitud 45 cm, Apgar 8-9, por calificación de Capurro, para 35 semanas (FOTO 3) y una placenta completa, fusionada con el tejido de aspecto molar, desprendida en un 20% de su superficie (FOTO 3, FOTO 4). El estudio histopatológico de las vesículas molares reportó degeneración hidrópica de las vellosidades coriales e hipertrofia trofoblástica moderada en las vesículas molares.

El recién nacido prematuro permaneció 10 días internado en Neonatología, la evolución de la paciente fue satisfactoria, la cuantificación de la subunidad b de la HCG disminuyó semanalmente

de manera paulatina y hasta hoy está en tratamiento de seguimiento por enfermedad trofoblástica gestacional, sin datos clínicos o bioquímicos de persistencia o recurrencia.

Diagnóstico de egreso: Embarazo gemelar de 34 semanas con mola hidatidiforme parcial y feto vivo coexistente, hipertensión inducida por embarazo y desprendimiento prematuro de placenta.

DISCUSION.-

En la literatura mundial, la presencia de embarazo gemelar con mola hidatidiforme parcial y feto vivo coexistente es de 1 por cada 22.000 a 100.000 embarazos, lo que representa el 0,005% al 0,001% (11), en las mujeres hispanas la incidencia es más alta y más frecuente la variedad de mola parcial. (12) La edad es el principal factor de riesgo para este padecimiento; tienen alta probabilidad de padecerla las menores de 20 y mayores de 40 años de edad. (5) Otros autores han reportado una incidencia para esta enfermedad de 1/10.000 nacimientos (13). Sin embargo, Jauniaux y col. (14), señalan una frecuencia para la mola parcial de 1/695 embarazos y refieren que esta enfermedad algunas veces no es diagnosticada, debido a que suele presentarse como un aborto espontáneo en el primer trimestre.

La mayoría de los autores refieren que generalmente en las molas parciales los fetos son del sexo femenino, con complemento cromosómico XXX (8). La muerte del feto en una mola parcial, generalmente se produce entre la octava y novena semana y raramente llega al segundo trimestre; sin embargo, el feto en estudio alcanzó el tercer trimestre de la gestación. En la revisión bibliográfica se destacan las publicaciones realizadas por Chen (15), Sarno y Col. (16), quienes encontraron dos casos de embarazos molares con un feto vivo a término. Los estudios citogenéticos, tanto de la placenta como del feto, determinan que estos casos, bastante raros, ocurren sólo cuando existe mosaicismo confinado a la placenta, es decir, que la placenta presenta mezcla de células trisómicas y células diploides, mientras que el feto tiene una carga cromosómica normal. Cuando el

feto no presenta malformaciones evidentes como en el presente caso, la explicación del defecto genético como causa del embarazo molar se debe a la presencia de dos líneas celulares; una formada por la fusión del óvulo con un espermatozoide y otra originada por la unión de un espermatozoide con el cuerpo polar. El primer caso originará un producto normal, mientras que el segundo caso degeneraría en mola (17).

El diagnóstico definitivo se hace con estudio histológico y cariotípico 18. En este caso, el diagnóstico de embarazo gemelar se realizó mediante ultrasonido que se realizó a su ingreso. Jauniaux y col. (14), publicaron una serie de características histológicas que están presentes en las placentas con cariotipo triploide, muy útil en aquellos casos donde no se puede realizar el estudio citogenético. Estas características son: 1. Criterios mayores: a) La presencia de hiperplasia trofoblástica del sincitiotrofoblasto y b) El edema del estroma de las vellosidades coriales con formación de cisternas. 2. Criterios menores: a) La inclusión trofoblástica en el estroma, b) Los bordes festoneados de las vellosidades y c) La reducción o ausencia de infiltración intersticial del trofoblasto. La revisión morfológica de la placenta, de las membranas ovulares y del cordón en el momento del parto es muy importante, porque aporta al clínico mucha información sobre el control, manejo y evolución clínica de la paciente y también sobre los problemas que pueda presentar el recién nacido.

La preeclampsia se manifiesta en 12 a 27% de los casos de embarazo molar; 19 si es leve puede administrarse tratamiento conservador y vigilar estrechamente las condiciones materno-fetales para permitir prolongar el embarazo y disminuir la morbilidad y mortalidad fetales (20).

Sin embargo, algunos autores recomiendan la interrupción inmediata del embarazo por considerar que hay mayor riesgo de enfermedad trofoblástica maligna; (3), (21) sin embargo, se han reportado casos en los que el tratamiento conservador, mediante evaluación del estado fetal

y la relación entre el estado materno y la enfermedad trofoblástica, fue exitoso. Casi siempre que hay embarazo gemelar con mola hidatidiforme y feto vivo coexistente con cariotipo normal se justifica permitir el desarrollo fetal en ausencia de complicaciones maternas (10). En este caso se interrumpió el embarazo por las complicaciones de la madre, secundarias a preeclampsia con desprendimiento prematuro de placenta.

Del 80 al 85% de los embarazos molares se tratan con la evacuación, después de ésta desaparece la concentración de la subunidad b de la HCG, en un tiempo variable que depende de la cifra inicial de HCG, la cantidad de trofoblasto residual después de la evacuación y la sensibilidad de la técnica de cuantificación pero, por lo general, es de 8 a 16 semanas, con promedio de 73 días (22). Se mantiene bajo tratamiento de seguimiento, sin datos clínicos o paraclínicos de persistencia o recurrencia.

BIBLIOGRAFIA.-

1. SHIH IEM, KURGAN RV. Molecular basis of gestational trophoblastic diseases. *Curr Mol Med*. 2000; 2(1):1-12.
2. E. GARCIA GRAU, L. RIBOT LUNA, J. COSTA PUEYO, M. GRIMAU GALLEGO, M. CORONA MARTÍNEZ. Gestación gemelar con mola hidatidiforme completa y feto vivo a término. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*; 2009; 36 (6): 226-228.
3. SMITH HO., KOHORN E., COLE LA. Choriocarcinoma and gestational trophoblastic disease. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2005; 32:661-84.
4. VASSILAKOS P., KAJII T. Hydatidiform mole: two entities. *Lancet* 1976; 1:259-61.
5. ARTEAGA GÓMEZ C. Enfermedad trofoblástica gestacional. *Ginecología y Reproducción Humana. Temas selectos. Tomo II. México: Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia*, 2006; 631-7.
6. SZULMAN A., SURTI V. The clinicopathologic profile of the partial hydatidiform mole. *Obstet Gynecol*. 1982; 59:597-602.
7. CRAVEN C., WARD K. Causas placentarias de malformación fetal. *Clín Obstet Ginecol*. 1996; 3:539-555.
8. LINDOR N., NEY J., GAFFEY T., JENKINS R., Thiboden S., Dewald G.,

- A genetic review of complete and partial hidatiform moles and non molar triploidy. *Mayo Clin Proc.* 1992; 67:791-799.
9. NGAN H. The practicability of FIGO 2000 staging for gestational trophoblastic neoplasia. *Int J., Gynecol Cancer* 2004; 14:202- 5.
 10. NIEMANN I., SUNDE L., PETERSEN LK. Evaluation of the risk of persistent trophoblastic disease after twin pregnancy with diploid hydatidiform mole and coexisting normal fetus. *Am J., Obstet Gynecol* 2007; 197 (1):45-51.
 11. STELLER M., GENEST D., BERNSTEIN M., Lage J., Goldstein D., Berkowitz R. Natural history of twin pregnancy with complete hydatiform mole and coexisting fetus. *Obstet Gynecol.* 1994; 65-42.
 12. Drake RD, Rao GG, McIntire DD. Gestational trophoblastic disease among hispanic women: a 21-year hospital based study. *Gynecol Oncol* 2006; 103(1):81-86.
 13. Akpadza K, Napo-Koura G, Hodonav A. Coexistence of a partial hydatiform mole and a viable twin pregnancy. A case seen at the sokode regional hospital (Togo). *Rev Fr Gynecol Obstet.* 1995; 90 (3): 164-165.
 14. Jauniak E, Kadri R, Haustin J. Partial mole and triploidy: Screening patients with first trimester spontaneous abortion. *J., Gynecol Obstet Biol Reprod.* 1996; 46:941-946.
 15. Chen FP. Molar pregnancy and living normal fetus coexisting until term: Prenatal biochemical and sonographic diagnosis. *Hum Reprod.* 1997; 12:853 - 856.
 16. Sarno A., Moorman A., Kalousek D. Partial molar pregnancy with fetal survival: A unusual example of confined placental mosaicism. *Obstet Gynecol.* 1993; 82:719-719.
 17. Vejerslev L., Ducholm M., Nielsen H. Hydatidiform mole: Cytogenetic marker analysis in twin gestation. *Am J., Obstet Gynecol.* 1986; 155:614-617.
 18. Sumigama S., Itakura A., Yamamoto T. Genetically identified complete hydatidiform mole coexisting with a live twin fetus: comparison with conventional diagnosis. *Gynecol Obstet Invest* 2007; 64(4): 228-31.
 19. Ribbeck G., Muñoz C., Gutiérrez S. Mola incompleta, eclampsia y síndrome de HELLP: un caso clínico. *Rev Chil Ultrasonog* 2006; 9:62-66.
 20. Briceño PC., Briceño SL. Conducta obstétrica basada en evidencias. Preeclampsia leve: manejo expectante ¿hospitalario o ambulatorio? *Ginecol Obstet Mex.* 2006; 74:537- 45.
 21. Mojarra Estrada José María, Chacón Iñiguez Jorge, Espinoza Astiazarán Jorge, de León Caballero Roberto. Embarazo gemelar con mola hidatidiforme completa y feto vivo coexistente. Presentación de un caso. *Perinatol Reprod Hum* 1995; 9 (2): 106-111.
 22. INPer. Enfermedad trofoblástica gestacional. En: Instituto Nacional de Perinatología. Normas y procedimientos de ginecología obstetricia. México: INPer 2002; pp: 100-7.