



Embarazo molar parcial: reporte de un caso y revisión de la bibliografía

Víctor Morales García,* Esperanza Bautista Gómez,** Edmundo Vásquez Santiago,*** Úrsula Santos Pérez ****

Nivel de evidencia: III

RESUMEN

Se comunica el caso de una paciente de 17 años de edad con embarazo molar parcial y feto vivo coexistente de 13 semanas de gestación diagnosticado por ultrasonido, que requirió la interrupción del embarazo por descompensación materna.

Palabras clave: embarazo molar parcial, mola hidatidiforme, feto vivo coexistente.

ABSTRACT

We report the case of a 17 year old patient with partial molar pregnancy and coexistent live fetus of 13 gestational weeks diagnosed by ultrasound, which required the termination of pregnancy for maternal decompensation.

Key words: partial molar pregnancy, molar pregnancy, coexistent live fetus.

RÉSUMÉ

Nous rapportons le cas d'une patiente 17 ans avec une grossesse molaire partielle et coexistant fœtus vivant de 13 semaines de grossesse diagnostiquée par échographie, qui a nécessité l'interruption de grossesse pour une décompensation maternelle.

Mots-clés: grossesse molaire partielle, grossesse molaire, foetus vivants coexistents.

RESUMO

Relatamos o caso de uma paciente de 17 anos de idade com a gravidez molar parcial e coexistindo feto vivo de 13 semanas de gravidez diagnosticada por ultra-som, que exigiu a interrupção da gravidez por descompensação materna.

Palavras-chave: gravidez molar parcial, gravidez molar, feto vivo coexistentes.

* Médico ginecoobstetra. Jefe del servicio de Ginecología.
** Médica uroginecóloga. Adscrita al servicio de Ginecología.
*** Residente de cuarto año de Ginecología y Obstetricia.
**** Residente de tercer año de Ginecología y Obstetricia.
Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, Oaxaca de Juárez, México.

Correspondencia: Dr. Víctor E. Morales García. Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso. Porfirio Díaz 400, colonia Reforma, Oaxaca de Juárez 68020, Oaxaca. Correo electrónico: vemoga@prodigy.net.mx
Recibido: 9 de marzo de 2011. Aceptado: 10 de marzo de 2011.

Este artículo debe citarse como: Morales-García V, Bautista-Gómez, Vásquez-Santiago E, Santos-Pérez U. Embarazo molar parcial: reporte de un caso y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex 2011;79(7):432-435.

La enfermedad trofoblástica gestacional es un grupo de trastornos que tiene en común la proliferación del trofoblasto gestacional. Suelen tener las mismas funciones que el trofoblasto fisiológico: producir hormonas placentarias, como la gonadotropina coriónica humana, invasión tisular y vascular y migración a distancia por vía hemática.

Las principales y más frecuentes formas de la enfermedad trofoblástica gestacional son: embarazo molar, mola invasora, tumor del sitio de inserción placentaria y coriocarcinoma.^{1,2} La enfermedad molar constituye más de 85% de las variedades descritas.

A la mola hidatiforme se le clasifica de la siguiente forma:

Mola completa o clásica. No tiene feto o embrión y su cariotipo es 46 XX o 46 XY. Es de origen paterno.

Mola parcial o incompleta. Contiene feto, embrión o saco gestacional y su cariotipo es triploide. Es resultado de la fertilización de un ovocito por un espermatozoide duplicado o por dos espermatozoides. Puede manifestarse como cariotipo 69 XXY (70%), 69 XXX (28%) y 69 XYY (3%).¹

La incidencia de enfermedad trofoblástica gestacional varía según las diferentes regiones del mundo desde 0.6 a 2 por cada 1,000 embarazos. En las mujeres hispanas es de 4 por cada 1,000. La incidencia promedio mundial de la enfermedad molar completa es de 1 por cada 1,000 embarazos, con mayor frecuencia en países orientales. La mola parcial ocurre, aproximadamente, en 0.005 a 0.001% de los embarazos.³ Jauniax y colaboradores reportan una frecuencia para la mola parcial de 1 en 665 embarazos porque en la mayoría de los casos no se diagnostica y transcurre como aborto espontáneo del primer trimestre.⁴ En México, la incidencia reportada de embarazo molar es de 2.4 por cada 100 embarazos.^{5,6}

Reportamos un caso de mola parcial con feto vivo que requirió la interrupción del embarazo por la descompensación materna.

CASO CLÍNICO

Paciente de 17 años de edad. Nivel socioeconómico bajo, sin antecedentes patológicos de importancia. Grupo sanguíneo O Rh+. Dos embarazos, parto previo atendido por partera en su comunidad dos años antes, con un hijo vivo y sano.

La paciente ingresó al hospital referida de su unidad médica de atención con determinación de embarazo de 13 semanas de gestación y amenaza de aborto manifestada por sangrado transvaginal persistente desde hacía semanas; náusea, vómito y sensación de pesantez abdominal desde dos semanas previas. A la exploración física se encontraron signos vitales normales, campos pulmonares con adecuada ventilación, ruidos cardiacos ritmicos, sin fenómenos agresivos, abdomen globoso a expensas de útero gestante con altura del fondo uterino a 22 cm del borde superior de la síntesis del pubis. A la especuloscopia se observó sangrado escaso no activo, de color rojo oscuro, proveniente de la ca-

vidad uterina. Al tacto vaginal se encontró cérvix posterior cerrado, formado, reblandecido y sangrado transvaginal escaso. La ultrasonografía mostró un feto único vivo, intrauterino, con frecuencia cardíaca fetal de 148 latidos por minuto, movimientos fetales, longitud cráneo-caudal de 5.6 cm que corresponde a 12.2 semanas de gestación (Figura 1) translucencia nucal de 0.13 cm. (Figura 2) Placenta con dos imágenes, una con ecogenicidad placentaria característica y otra con imagen en copos de nieve. En los anexos se observaron imágenes en rueda de carreta de 6 x 7 cm del lado derecho y de 6.5 x 5 cm en el lado izquierdo, compatibles con quistes tecaluteínicos (Figura 3). Se realizaron estudios paraclínicos en los que se encontró una concentración de hemoglobina de 10 g/dL, hematocrito de 30.1%. La concentración de gonadotropina coriónica humana reportada fue superior a 1,000,000 mUI/mL; las pruebas de función hepática fueron normales. Se realizó un estudio radiográfico de tórax con resultados normales. Se decidió iniciar tratamiento conservador. Al tercer día, la paciente tuvo náusea y vomitó en 15 ocasiones, lo que le provocó descompensación electrolítica, malestar general y aumento de la cantidad de sangrado transvaginal y del dolor abdominal. Se reportó alteración de las pruebas de función hepática. Al realizar una valoración con base en el riesgo-beneficio se decidió interrumpir el embarazo. Se administró misoprostol, 400 mcg dosis única con expulsión del feto cinco horas después. Se realizó aspiración endouterina manual con sangrado reportado de 100 cc, sin complicaciones. Se colocó un implante subdérmico como método de planificación familiar. La cuantificación de gonadotropina de control a las 48 horas posteriores a la expulsión y aspirado fue de 181,273 mUI/mL. Después del egreso, la paciente no acudió al hospital para continuar con su seguimiento. El estudio histopatológico reportó: mola hidatidiforme parcial con feto masculino de 13 semanas de gestación, sin malformaciones congénitas externas aparentes (Figuras 4 y 5).

DISCUSIÓN

La coexistencia de un feto vivo con una mola es un caso raro que ocurre en 1 por cada 22,000 a 1 por cada 100,000 embarazos.^{2,3} El ultrasonido es una herramienta decisiva para el diagnóstico temprano de este padecimiento.

La mayoría de estos embarazos puede clasificarse de dos formas:

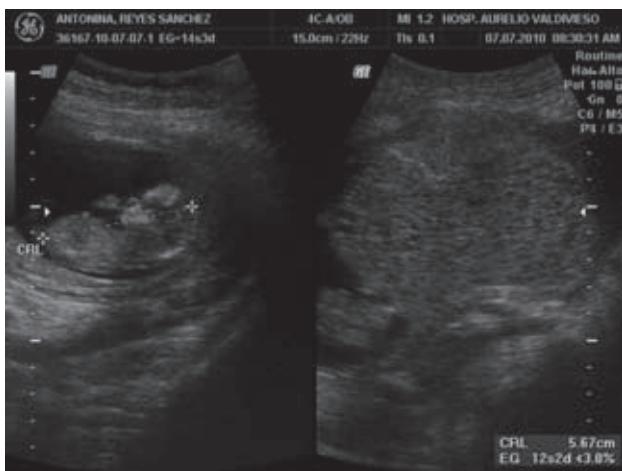


Figura 1. Mola parcial



Figura 4. Quiste tecaluteínico



Figura 2. Translucencia nucal



Figura 5. Feto y placenta



Figura 3. Embrión y placenta

Embarazo gemelar, un feto se desarrolla normalmente y el otro degenera como mola.

Molar parcial, existe un feto y una sola placenta con cambios difusos de mola, como en el caso de la paciente aquí reportado.⁷

El embarazo molar parcial suele cursar sin aumento del volumen uterino y de forma excepcional se complica con hipertiroidismo, insuficiencia respiratoria o quistes luteínicos prominentes. La concentración de gonadotropina es menor que en los casos de mola completa; sin embargo, en este caso las concentraciones de gonadotropina fueron muy elevadas, lo que provocó signos y síntomas intensos en la paciente y la formación de quistes tecaluteínicos, que hicieron necesario interrumpir el embarazo.

Sarno y colaboradores, reportaron en 1993 un caso de mola parcial con supervivencia fetal; ellos indicaron que para normar la conducta respecto al embarazo es necesario realizar estudios citogenéticos prenatales mediante amniocentesis y biopsia de vellosidades coriales para documentar el cariotipo del feto normal y el de las vellosidades coriales placentarias discordante. Con base en esos resultados puede iniciarse un tratamiento conservador.⁸

No todos los hospitales cuentan con los recursos para realizar este abordaje diagnóstico, por lo que la evolución clínica de la paciente normará nuestra conducta.

En nuestro hospital, del 26 de diciembre de 2008 al 25 de diciembre de 2009, se reportaron 35 embarazos molares, de los que uno fue molar parcial (el que aquí se reporta). Hubo un caso de enfermedad persistente, que actualmente se encuentra en tratamiento por oncología y ocurrieron tres casos de coriocarcinoma, dos de ellos fallecieron y uno continúa en seguimiento. Esta enfermedad constituye una prioridad a nivel estatal.

REFERENCIAS

1. Czernobilsky B, Barash A, Lance M. Partial Moles: a clinicopathologic study of 25 cases. *Obstet Gynecol* 1982;59:75-77.
2. Sebire NJ, Foskett M, Paradinas FJ, et al. Outcome of twin pregnancies with complete hydatidiform mole and healthy co-twin. *Lancet* 2002;359:165-166.
3. Steller MA, Genest DR, Bernstein MR, et al. Natural History of twin pregnancy with complete hydatidiform mole and coexisting fetus. *Obstet Gynecol* 1994;83:35-42.
4. Jauniaux E, Kadre R, Hautin J. Partial mole and triploidy: screening patients with first trimester spontaneous abortion. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1996;46:941-946.
5. Arteaga GC. Ginecología y reproducción humana. Temas selectos. Tomo I. México: Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, 2006;631-637.
6. Lira PJ, Tenorio GF, Gómezpedroso RH, et al. Enfermedad trofoblástica gestacional: experiencia de 6 años en el Instituto Nacional de Perinatología. *Ginecol Obstet Mex* 1995;63:478-482.
7. Ronald F, Lockwood C, Salafia C, et al. Sonographic diagnosis of a pregnancy with a diffuse hydatidiform mole and coexistent 46 XX fetus: a case report. *Obstetrics and Gynecology* 1988;2:485-489.
8. Sarno AP, Moorman AJ, Kalousek DK. Partial molar pregnancy with fetal survival: an unusual example of confined placental mosaicism. *Obstet Gynecol* 1993;82(4 Pt 2 Suppl):716-719.