



Embarazo gemelar con mola hidatidiforme parcial y feto vivo coexistente: comunicación de un caso

Mónica Edith Navarro Amezcua,* Julissa Castellanos Reyes,** Oscar Cardona González,** Luis Guillermo Torres Gómez***

RESUMEN

Se comunica el caso de una paciente con embarazo gemelar de 29 semanas de gestación, con mola hidatidiforme parcial y feto vivo coexistente, que ingresó a urgencias de ginecoobstetricia debido a preeclampsia leve que evolucionó a grave; tuvo parto vaginal complicado con hemorragia obstétrica y se le realizó histerectomía total abdominal. El recién nacido falleció a los 30 días de vida debido a complicaciones secundarias por la extrema prematuridad; la evolución de la paciente fue satisfactoria y hasta hoy está en tratamiento de seguimiento por enfermedad trofoblástica gestacional, sin datos clínicos o bioquímicos de persistencia o recurrencia.

Palabras clave: embarazo gemelar, mola hidatidiforme, feto vivo coexistente, preeclampsia, hemorragia obstétrica.

ABSTRACT

We report a case of a pregnant patient with a twin of 29 gestational weeks, and partial hydatidiform mole with coexistent living fetus. She was admitted at gynec-obstetric urgencies due to a mild preeclampsia that evolves to severe. She has a complicated vaginal delivery with obstetric bleeding and there was practiced a total abdominal hysterectomy. Newborn dies 30 days later due to secondary complications (extreme prematurity). Patient evolution was satisfactory and she is currently under follow-up therapy to gestational trophoblastic disease without clinical or biochemical evidence of persistence or recurrence.

Key words: twin-pregnancy, hydatidiform mole, coexistent living fetus, preeclampsia, obstetric bleeding.

RÉSUMÉ

On rapporte le cas d'une patiente, avec une grossesse gémellaire de 29 semaines de gestation avec môle hydatidiforme partielle et le fœtus vivant coexistant, qui a été admise à urgences de gynéco-obstétrique à cause d'une pré-éclampsie légère qui est devenue grave; elle a eu un accouchement vaginal compliqué avec hémorragie obstétrique et on lui a pratiqué une hystérectomie totale abdominale. Le nouveau-né est mort après 30 jours de vie en raison de complications secondaires par l'extrême prématurité; l'évolution de la patiente a été satisfaisante et actuellement elle prend un traitement de suivi de maladie trophoblastique gestationnelle sans données cliniques ou biochimiques de persistance ou récurrence.

Mots clés: grossesse gémellaire, môle hydatidiforme, fœtus vivant coexistant, pré-éclampsie, hémorragie obstétrique.

RESUMO

Comunica-se o caso de uma paciente com gravidez gemelar na 29ª semana de gestação com mola hidatidiforme parcial e feto vivo coexistente, que ingressou a urgências de ginecoobstetricia devido à pré-eclampsia, que evoluciona a grave; teve parto normal complicado com hemorragia obstétrica e foi realizado histerectomia total abdominal. O recém-nascido faleceu aos 30 dias de vida, devido a complicações secundárias por ser prematuro; a evolução da paciente foi satisfatória, e atualmente, está em tratamento de seguimento de doença trofoblástica gestacional sem dados clínicos ou bioquímicos, e de persistência ou recorrência.

Palavras-chave: Gravidez gemelar, mola hidatidiforme, feto vivo coexistente, pré-eclampsia, hemorragia obstétrica.

* Residente de cuarto grado de ginecología y obstetricia.

** Médico ginecoobstetra adscrito al Servicio de gineco-obstetricia.
Hospital Regional Universitario de Colima.

*** Médico ginecoobstetra adscrito al Servicio de embarazo de alto riesgo.
Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Gineco-obstetricia, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco, México.

Correspondencia: Dra. Mónica Edith Navarro Amezcua. Genoveva Sánchez 1221, colonia Jardines de Vista Hermosa, CP 28010, Colima, Colima, México. E-mail: dra_monicanavarro@yahoo.com.mx
Recibido: marzo, 2008. Aprobado: marzo, 2008.

Este artículo debe citarse como: Navarro AME, Castellanos RJ, Cardona GO, Torres GLG. Embarazo gemelar con mola hidatidiforme parcial y feto vivo coexistente: comunicación de un caso. Ginecol Obstet Mex 2008;76(5):275-9.

La versión completa de este artículo también está disponible en www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

La enfermedad trofoblástica gestacional se define como el grupo de alteraciones del embarazo, benignas y malignas, que se distinguen por: proliferación de células sincitiales y de Langhans del trofoblasto, degeneración hidrópica de las vellosidades coriales y producción de gonadotropina coriónica humana (hCG), con o sin embrión o feto. Incluye cuatro formas clinicopatológicas: mola hidatidiforme, mola invasora, coriocarcinoma y tumor trofoblástico del sitio placentario.^{1,2}

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.³ La mola hidatidiforme parcial tiene un cariotipo triploide 69XXY como resultado 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%).¹

La incidencia de enfermedad trofoblástica gestacional varía según las diferentes regiones del mundo y va de 0.6 a 2 por cada 1,000 embarazos;⁴ en las mujeres hispanas la incidencia es más alta y más frecuente la variedad de mola parcial.⁵ En México, la incidencia es de 240 por cada 100,000 nacidos vivos.^{1,4} 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.¹

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).^{6,7} La coexistencia de un feto con mola, generalmente se vincula con embarazos gemelares dicigóticos.⁸ Los embarazos gemelares con mola hidatidiforme y feto aparentemente normal afectan de 0.01 a 0.001% de los embarazos.⁹

CASO CLÍNICO

Paciente de 28 años de edad, con antecedente de tres embarazos, un aborto y una cesárea (gemelar, un año antes). Se envió al servicio de urgencias de ginecoobstetricia del Hospital Regional Universitario de Colima con determinación de embarazo de 29 semanas de gestación, según la fecha de la última menstruación y diagnóstico de enfermedad hipertensiva del embarazo.

Ingresó con tensión arterial de 170/100 mmHg, consciente, con buena coloración e hidratación, sin alteraciones neurológicas ni cardiorrespiratorias, con abdomen globoso por útero gestante, fondo uterino de 28 cm, signo de Chausier negativo, sin pérdidas transvaginales, modificaciones cervicales, ni edema de miembros inferiores, y con reflejos osteotendinosos profundos aumentados. Se inició estudio para enfermedad hipertensiva del embarazo. Tuvo proteinuria de 100 mg/dL y hCG de 981,725 mUI/mL.

Se realizó ultrasonido obstétrico que mostró feto único, vivo, en situación longitudinal, posición cefálica, dorso a la izquierda, frecuencia cardíaca fetal de 145 latidos/min, con fetometría promedio de 26 semanas de gestación, placenta fúndica, posterior, grado II-III. La imagen ultrasonográfica sugirió mola hidatidiforme debida, posiblemente, a embarazo gemelar (figura 1). En el ultrasonido del primer trimestre se observaron dos sacos gestacionales, uno con embrión vivo de nueve semanas y el otro sin embrión, con imagen en copos de nieve (figura 2).

El diagnóstico fue: embarazo gemelar de 29 semanas de gestación, mola hidatidiforme, preeclampsia leve y probable restricción del crecimiento intrauterino. 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. El día que ingresó tuvo deterioro materno clínico y bioquímico y preeclampsia que progresó a grave, así como trabajo de parto espontáneo que evolucionó en forma precipitada.

Mediante parto eutócico se obtuvo un recién nacido vivo, de sexo masculino, con peso de 900 g, Apgar 2-5 y



Figura 1. Ultrasonido al ingreso en el que se aprecia polo cefálico e imagen en copos de nieve.



Figura 2. Ultrasonido a las nueve semanas de gestación. Se observan dos sacos gestacionales. 1: imagen en copos de nieve. 2: embrión.

edad gestacional de 29 semanas por calificación de Capurro, que falleció a los 30 días debido a complicaciones relacionadas con la prematuridad; alumbramiento dirigido con placenta completa, fusionada con el tejido de aspecto molar (figura 3). Se inició la evacuación uterina de la mola por legrado uterino instrumental, sin conseguir que fuera completa (figura 4), lo que provocó hemorragia uterina sin reacción al tratamiento farmacológico, por lo que se realizó histerectomía total abdominal.

La paciente ingresó a la unidad de cuidados intensivos por choque hipovolémico y descontrol del cuadro hipertensivo. Se trató con cuatro normotensores y transfusión de cuatro paquetes globulares, entre otras medidas. Tuvo evolución clínica favorable y mejoría bioquímica progresiva; egresó a los cuatro días y continuó su tratamiento en el área

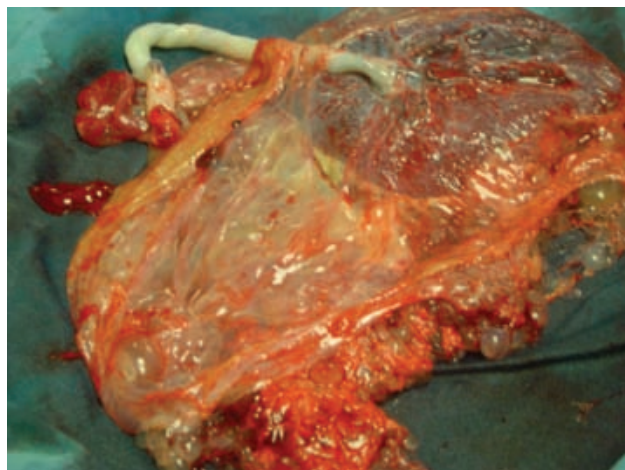


Figura 3. Placenta completa normal, de aspecto molar, fusionada con el tejido.



Figura 4. Evacuación uterina incompleta posterior a legrado uterino instrumental.

de hospitalización de ginecoobstetricia, egresó por mejoría después de ocho días de estancia intrahospitalaria.

La cuantificación de la subunidad β de la hCG disminuyó semanalmente de manera paulatina. El estudio histopatológico del tejido molar del primer saco gestacional reportó: degeneración hidrópica de las vellosidades coriales, con hiperplasia moderada a grave de células del trofoblasto, degeneración hialina, necrosis, eritrocitos y tejido embrionario, por lo que se concluyó que se trató de mola parcial. El estudio histopatológico de la placenta del segundo saco gestacional (donde estaba el recién nacido) no mostró anomalías.

DISCUSIÓN

El diagnóstico diferencial de masa placentaria anormal y feto coexistente como hallazgo ecográfico incluye: embarazo gemelar intrauterino normal, con mola completa, embarazo molar parcial y anomalía placentaria no molar. El diagnóstico definitivo se hace con estudios histológico y cariotípico.^{10,11} En este caso, el diagnóstico de embarazo gemelar se realizó mediante dos ultrasonidos: uno que la paciente proporcionó (el control prenatal no se hizo en el hospital de los autores), correspondiente al primer trimestre, y otro que se realizó a su ingreso. El resultado del estudio histopatológico confirmó el embarazo gemelar bicorial, biamniótico, conformado por mola parcial con embarazo normal.

La preeclampsia se manifiesta en 12 a 27% de los casos de embarazo molar;¹² si es leve puede administrar-

se tratamiento conservador y vigilar estrechamente las condiciones materno-fetales para permitir prolongar el embarazo y disminuir la morbilidad y mortalidad fetales.¹³ El tratamiento de primera intención fue conservador, se administraron corticoesteroides como inductores de madurez pulmonar fetal y hubo vigilancia estrecha, con la posibilidad de interrumpir el embarazo a corto plazo por indicación materna o fetal.

En el caso de embarazo gemelar con mola hidatidiforme, algunos autores recomiendan la interrupción inmediata del embarazo por considerar que hay mayor riesgo de enfermedad trofoblástica maligna;⁹ 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.^{8,14-17} En este caso se interrumpió el embarazo por las complicaciones de la madre, secundarias a preeclampsia.

La histerotomía, como tratamiento de evacuación quirúrgica, prácticamente no se realiza, aunque puede indicarse en el embarazo molar incompleto con feto viable.¹⁸ Marcorelles y su grupo reportaron un caso en el que se extrajo el feto por vía vaginal con posterior evacuación molar.¹⁹ En el caso aquí reportado la paciente tuvo trabajo de parto precipitado que progresó hasta el final.

El legrado por aspiración y el instrumental son, en ese orden, los métodos de elección para la evacuación quirúrgica de la enfermedad trofoblástica, y la histerectomía es una alternativa en caso de paridad satisfecha o complicaciones, como: mionecrosis o perforación uterina.¹⁸ En este caso se inició la evacuación uterina mediante legrado instrumental, no se consiguió que fuera completa y hubo hemorragia obstétrica sin reacción al tratamiento farmacológico, por lo que se realizó histerectomía.

Del 80 al 85% de los embarazos molares se tratan con la evacuación, después de ésta desaparece la concentración de la subunidad β 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.^{18,20-22}

Se consideró que la paciente estaba en la fase Ic de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.¹⁸

Se mantiene bajo tratamiento de seguimiento, sin datos clínicos o paraclínicos de persistencia o recurrencia.

REFERENCIAS

1. Arteaga Gómez C. Enfermedad trofoblástica gestacional. En: Delgado UJ, Fernández Del Castillo C, editores. Ginecología y reproducción humana. Temas selectos. Tomo II. México: Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, 2006;pp:631-7.
2. Garner EL, Goldstein DP, Feltmate CM. Gestational trophoblastic disease. Clin Obstet Gynecol 2007;50(1):112-22.
3. Vassilakos P, Kajii T. Hydatidiform mole: two entities. Lancet 1976;1:259-61.
4. Lara MF, Alvarado MA, Candelaria M. Enfermedad trofoblástica gestacional. Experiencia en el Instituto Nacional de Cancerología. Ginecol Obstet Mex 2005;73:308-14.
5. 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.
6. Ngan H. The practicability of FIGO 2000 staging for gestational trophoblastic neoplasia. Int J Gynecol Cancer 2004;14:202-5.
7. Kohorn EI. Dynamic staging and risk factor scoring for gestational trophoblastic disease. Int J Gynecol Cancer 2007;17(5):1124-30.
8. 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.
9. Smith HO, Kohorn E, Cole LA. Choriocarcinoma and gestational trophoblastic disease. Obstet Gynecol Clin N Am 2005;32:661-84.
10. 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.
11. Kirk E, Papageorgiou AT, Condous G. The accuracy of first trimester ultrasound in the diagnosis of hydatidiform mole. Ultrasound Obstet Gynecol 2007;29(1):70-75.
12. Ribbeck G, Muñoz C, Gutiérrez S. Mola incompleta, eclampsia y síndrome de HELLP: un caso clínico. Rev Chil Ultrasonog 2006;9:62-66.
13. Briceño PC, Briceño SL. Conducta obstétrica basada en evidencias. Preeclampsia leve: manejo expectante ¿hospitalario o ambulatorio? Ginecol Obstet Mex 2006;74:537-45.
14. Ko PC, Peng HH, Soong YK. Triplet pregnancy complicated with one hydatidiform mole and preeclampsia in a 46XY female with gonadal dysgenesis. Taiwan J Obstet Gynecol 2007;46(3):276-80.
15. Guven ES, Osturk N, Deveci S. Partial molar pregnancy and coexisting fetus with diploid karyotype. J Matern Fetal Neonatal Med 2007;20(2):175-81.
16. Hancock BW, Martin K, Evans CA. Twin mole and viable fetus: the case for misdiagnosis. J Reprod Med 2006;51(10):825-8.

17. Mahmoud MS, Merhi Z. Complete hydatidiform mole with a surviving coexistent twin in a woman with sickle cell disease: a case report. J Reprod Med 2007;52(6):567-9.
18. INPer. Enfermedad trofoblástica gestacional. En: Instituto Nacional de Perinatología. Normas y procedimientos de ginecología obstetricia. México: INPer 2002;pp:100-7.
19. Marcorelles P, Audrezet M, Le Bris M. Diagnosis and outcome of complete hydatidiform mole coexisting with a live twin fetus. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2005;118(1):21-27.
20. Wolfberg AJ, Berkowitz RS, Goldstein DP. Postevacuation hCG levels and risk of gestational trophoblastic neoplasia in women with complete molar pregnancy. Obstet Gynecol 2006;107(3):743.
21. Kerkmeijer LG, Wielsma S, Massuger LF. Recurrent gestational trophoblastic disease after hCG normalization following hydatidiform mole in the Netherlands. Gynecol Oncol 2007;106(1):142-6.
22. Schoeberl MR. A model for the behavior of beta-hCG after evacuation of hydatidiform moles. Gynecol Oncol 2007;105(3):776-9.

Huevo de los dos primeros meses. Estadio ovular

La disposición del huevo es entonces muy sencilla; es una *vesícula esférica, erizada de vellosidades* en toda su superficie, que contiene en su interior *líquido amniótico*, claro y transparente, en el cual nada el feto. La caduca refleja rodea la periferia del huevo en toda su porción libre.

Dimensiones: A los dos meses cumplidos, el **feto** alcanza cuatro centímetros de largo y pesa cuatro gramos.

El volumen del **líquido amniótico** es de 40 centímetros cúbicos. La altura del útero sobre el pubis es de cuatro centímetros. Longitud del cuerpo del útero: nueve centímetros.

Reproducido de: Fabre. Manual de obstetricia. Barcelona: Salvat Editores, 1941;pp:14-15.