



## Embarazo gemelar con mola completa y feto coexistente posterior a fertilización *in vitro* y transferencia de embriones complicado con placenta previa acreta. Reporte de un caso\*

Eduardo Guzmán González,\* Fernando Gaviño Gaviño,\* Alberto Valero Origel,\* Horacio Deschamps Díaz,\* María Antonieta Ramírez Fernández,\* Mario Miranda Lamadrid\*\*

Nivel de evidencia: II-3

### RESUMEN

El embarazo gemelar con mola hidatidiforme completa y feto coexistente es un caso infrecuente y de tratamiento perinatal complejo. Se presenta un caso significativo de esta asociación inusual y se describe su evolución. Paciente de 33 años con infertilidad secundaria por factor tubo-peritoneal y embarazo logrado por fertilización *in vitro* y transferencia de embriones. Un ultrasonido temprano reportó embarazo gemelar doble, un saco era una mola completa, otro saco era un feto sin alteraciones y placenta previa total. Se vigiló cuidadosamente a la paciente y se le administraron inhibidores de la contracción uterina en diferentes etapas de la gestación. El embarazo concluyó mediante cesárea a las 37 semanas e histerectomía obstétrica por placenta previa percreta involución de la placenta molar y recién nacido sano. Las evoluciones de la madre y del niño fueron adecuadas.

**Palabras clave:** mola hidatidiforme completa, feto, placenta percreta, embarazo gemelar.

### SUMMARY

The double twin pregnancy with complete hydatidiform mole and coexistent fetus is a rare event and perinatal treatment complex. Presents a significant case of this unusual partnership and describes their evolution. Patient of 33 years, secondary infertility factor-peritoneal tube and pregnancy achieved by *in vitro* fertilization and embryo transfer. An ultrasound early pregnancy reported twice, a sack was a complete mole, another bag was a fetus and placenta previa unchanged total. The case is carefully monitored and uterine inhibitors were administered at different stages of gestation. It settled the case by caesarean section at 37 weeks and obstetric hysterectomy for placenta previa percreta molar involution of the placenta and newborn health. The evolution of the mother and the child was appropriate.

**Key words:** complete hydatidiform mole, the fetus, placenta percreta, twin pregnancy.

### RÉSUMÉ

La grossesse gémellaire double avec môle hydatiforme complète et fœtus coexistant est une identité inhabituelle et de traitement périnatal complexe. On communique un cas représentatif de cette association inaccoutumée et l'on décrit son évolution. Patiente de 33 ans, infertilité secondaire par facteur tubopéritonéal et grossesse réussie par fertilisation *in vitro* et transfert d'embryons. Un ultrason de bonne heure a rapporté grossesse gémellaire double, un sac était une môle complète, autre sac était un fœtus sans altérations et placenta prævia total. On a surveillé soigneusement le cas et on a administré des inhibiteurs utérins à différents moments de la gestation. Le cas a été résolu par césarienne aux 37 semaines et hystérectomie obstétrique par placenta prævia percreta involution du placenta molaire et nouveau-né sain. L'évolution de la mère et de l'enfant a été adéquate.

**Mots-clés:** môle hydatiforme complète, fœtus, placenta percreta, grossesse gémellaire.

### RESUMO

A gestação de gêmeos com mola hidatiforme completa e feto coexistente é uma entidade infrecuente e de tratamento perinatal complexo. Apresenta-se um caso representativo desta associação que não se usa muito e descreve-se sua evolução. Paciente de 33 anos de idade, infertilidade secundária por fator tubo-peritoneal e gravidez conseguida por fertilização *in vitro* e transferência de embriões. Um ultra-som precoce informou uma gravidez de gêmeos, um saco era uma mola completa, outro saco era um feto sem alterações e placenta prévia total. O caso foi cuidadosamente acompanhado e foram administrados inibidores uterinos em diferentes momentos da gestação. A paciente teve uma operação cesárea na 37ª semana de gestação e histerectomia obstétrica por placenta prévia percreta, inovação da placenta molar e recém-nascido saudável. A evolução da mãe e do bebê foram adequadas.

**Palavras-Chave:** Mola hidatiforme completa, feto, placenta percreta, gravidez de gêmeos.

A partir de 1973 comenzaron a documentarse casos de embarazo gemelar doble, con mola hidatidiforme completa y feto coexistente. Este evento ocurre en uno de cada 22 mil a 100 mil embarazos<sup>1</sup> y pocos casos se han reportado seguidos de un tratamiento previo para fertilidad.<sup>2,3</sup> Morfológicamente, estos embarazos se dividen en dos regiones: una placenta normal con feto y otra con cambios hidróticos. Los embarazos gemelares dobles con mola hidatidiforme completa y feto coexistente dan lugar a una serie de consideraciones clínicas, especialmente si el embarazo es muy deseado como en los casos de parejas en tratamiento de infertilidad. Los síntomas son similares a los casos de mola completa única; sin embargo, de manera comparativa, un embarazo gemelar doble de este tipo casi siempre se diagnostica a edades gestacionales más avanzadas y tienen concentraciones de fracción beta de gonadotropina coriónica humana ( $\beta$ -hCG) comparativamente más elevadas. El resultado perinatal se encuentra afectado por muchos factores, como el aborto espontáneo, la muerte intrauterina y la interrupción prematura de la gestación, así como por complicaciones secundarias a la evacuación uterina, la histerotomía, el nacimiento pretérmino y la pre-eclampsia. Asimismo, tiene gran predisposición a padecer enfermedad trofoblástica persistente.<sup>1,4</sup>

## CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 33 años con dos gestaciones previas: una cesárea, y un embarazo ectópico con endometriosis

- Primer lugar del Concurso de Carteles del 59 Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia. Tijuana, BC. Octubre, 2008.
- \* Grupo Reproducción Asistida de México, Distrito Federal, México.
- \*\* Unidad de Médicos Especialistas, Pachuca, Hidalgo.

Correspondencia: Dr. Fernando Gaviño Gaviño. Insurgentes Sur No. 1991 No. 707, San Ángel Álvaro Obregón, CP 01000, Distrito Federal. E-mail: fgavino@ram-mexico.com.mx

Este artículo debe citarse como: Guzmán GE, Gaviño GF, Valero OA, Deschamps DH, y col. Embarazo gemelar con mola completa y feto coexistente posterior a fertilización *in vitro* y transferencia de embriones complicado con placenta previa acreta. Reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex 2009;77(3):151-5.

La versión completa de este artículo también está disponible en: [www.revistasmedicasmexicanas.com.mx](http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx)

grave, embarazo ectópico cornual tratado con salpingectomía y complicado con perforación rectal, síndrome adherencial e hipotiroidismo controlado. En el protocolo de estudio de la infertilidad de la pareja se identificó factor tubo-peritoneal irreversible, por lo que se recomendó la fertilización *in vitro* y transferencia de embriones como el tratamiento para lograr la gestación. El embarazo objeto de este reporte se logró por fertilización *in vitro* y la transferencia de tres embriones, con concentraciones de  $\beta$ -hCG inicial de 326 mU/mL. La ultrasonografía reportó datos de embarazo gemelar doble con primer gemelo (saco uno) bien implantado, sin embrión y otro (saco dos) con embrión y vitalidad correspondiente a seis semanas de gestación. La paciente tuvo dolor pélvico y sangrado transvaginal escaso; se indicó tratamiento con progestágenos, inhibidores de síntesis de prostaglandinas y reposo absoluto.

*Semana nueve:* la paciente sufrió náuseas y vómitos intensos. El fondo uterino midió 13 cm y el sangrado era escaso. La ultrasonografía del saco uno mostró imágenes de contenido anecóico periférico que sugirieron enfermedad trofoblástica. El saco dos contenía un embrión vivo y placenta de inserción baja. El cuello uterino medía 41 mm de longitud y el orificio cervical interno tenía una abertura de 5 mm. La radiografía de tórax, las pruebas de función hepática, la biometría hemática y la química sanguínea no mostraron alteraciones y las concentraciones de  $\beta$ -hCG fueron de 488,385 mU/mL.

*Semana 12:* el fondo uterino era de 16 cm; la ultrasonografía mostró dos sacos gestacionales bien delimitados: saco uno, imagen de mola completa (figuras 1 y 2) de aproximadamente 41.2 x 33.6 x 39.9 mm y, saco dos, con producto normal sin marcadores para cromosopatía y fetometría acorde con la edad gestacional, placenta sin anomalías morfológicas que cubre el orificio cervical interno abierto en su totalidad (figura 3), concentraciones de  $\beta$ -hCG 559,846 mU/mL.

*Semana 18:* persistieron las náuseas, vómitos y escaso sangrado transvaginal, el fondo uterino midió 24 cm y las concentraciones de  $\beta$ -hCG fueron de 380 540 mU/mL.

*Semana 26:* el fondo uterino medía 28 cm, su actividad era irregular y controlada con inhibidores; el saco uno contenía una mola de 32.4 x 18.6 x 34.5 mm de menor tamaño aparentemente condensada con disminución de  $\beta$ -Hgc a 34,451 mU/mL; mientras que el saco dos contenía un producto pélvico, la frecuencia cardíaca fetal era normal y la placenta previa total.



Figura 1. La ultrasonografía mostró dos sacos gestacionales bien delimitados.



Figura 2



Figura 3. Ultrasonido a la semana 12. Feto y placenta que cubre el orificio cervical interno.

*Semana 29:* la ultrasonografía mostró crecimiento fetal acorde, líquido amniótico normal y sin cambios.

*Semana 33:* hubo amenaza de parto pretérmino que, con inhibidores uterinos, terminó sin complicaciones; se inició el esquema de madurez pulmonar. La ultrasonografía mostró el saco uno con la mola sin cambios; el saco dos tenía la placenta aparentemente invadiendo el miometrio, lo que sugería acretismo placentario.

*Semana 37:* Se inició el trabajo de parto espontáneo con sangrado transvaginal moderado. Se decidió realizar la operación cesárea debido a la placenta previa total. Se obtuvo una niña de 2,800 g, Apgar 9-9. La placenta uno se extrajo transquirúrgicamente (figura 4), mientras que la placenta dos era percreta, con invasión a la vejiga.

### Complicaciones

Sobrevino un choque hipovolémico por sangrado transoperatorio que requirió la realización de una histerectomía obstétrica; se advirtió una lesión al uréter derecho que se reparó durante el transoperatorio por los médicos del Servicio de Urología. La hemorragia se calculó en 6,000 mL. La evolución posquirúrgica fue satisfactoria.

### Reporte histopatológico

Útero de 1,300 g de 22 x 10 x 9 cm, canal endocervical ocupado por la placenta del saco 2 de 12 x 10 cm, con implantación a la altura del segmento que adelgazaba e infiltraba la serosa (figura 5).

El examen de ambas placentas demostró dos componentes marcados constituidos por dos membranas completamente separadas; el primero, sin vascularidad fetal y componente hidatiforme y el segundo, con los datos de acretismo placentario mencionados.

### Descripción microscópica

La placenta del saco uno pesó 25 g, en la que se identificó tejido endometrial y placentario y residuos de trofoblasto con atipia nuclear; además de múltiples vellosidades coriónicas de tamaño y forma variable, con proliferación trofoblástica en la superficie, citotrofoblasto, sincitiotrofoblasto y trofoblasto vellosito intermedio, con proyecciones aleatorias irregulares, en toda la extensión superficial, con atipia nuclear leve, sin mitosis, con edema central y formación de cisternas acelulares. No se observaron nidos trofoblásticos, ni elementos embrionarios. Se realizó marcador cromosómico 46XX. Diagnóstico: mola hidatidiforme completa y placenta previa total percreta.



Figura 4



Figura 5. Útero de 1,300 g de 22 x 10 x 9 cm. Placenta previa percreta.

## DISCUSIÓN

La incidencia de embarazo gemelar doble espontáneo ha permanecido constante en años recientes (aproximadamente 4%), aunque se ha incrementado hasta en 30% con la utilización de técnicas de reproducción asistida.<sup>5</sup> El embarazo gemelar doble con una mola hidatidiforme completa y un feto coexistente es un evento infrecuente.<sup>1</sup> Se distingue de una mola parcial por dos conceptos diferentes: una placenta normal con feto y una gestación molar.<sup>4</sup> La mola hidatidiforme completa suele ser diploide: 46XX (90%) o 46XY (10%), con todos los cromosomas de origen paterno y el ADN mitocondrial totalmente materno y proviene de la fertilización de un óvulo anuclear por dos espermatozoides (dispermia).<sup>6</sup> Esta entidad clínica se observa de la misma manera que en embarazos molares únicos con síntomas como: hemorragia transvaginal, útero aumentado de tamaño, hiperémesis y preeclampsia.<sup>1,7</sup> Sin embargo, estas pacientes suelen padecer más síntomas y tienen concentraciones de  $\beta$ -hCG mayores. El diagnóstico, por lo general, se retrasa dos semanas en comparación con embarazos únicos, lo que puede estar relacionado con un retraso por la historia natural de la alteración reproductiva.<sup>7,8</sup>

El diagnóstico se establece con concentraciones inusualmente altas de  $\beta$ -hCG y una ultrasonografía cuidadosa. La decisión de terminar el embarazo o continuar debe basarse en la viabilidad y el examen anatómico fetal. Diversos autores recomiendan la amniocentesis diagnóstica; sin embargo, sus ventajas son motivo de controversia por los riesgos que pudiera implicar; es difícil basar en sus resultados una decisión clínica porque hay pocos tratamientos registrados.<sup>1,9</sup>

En una revisión de la bibliografía<sup>1</sup> se encontraron las diferentes variables clínicas y demográficas de casos de embarazos gemelares dobles con mola hidatidiforme completa y feto coexistente, con promedio de edad de 29.1 años (19-37), gestaciones previas 2.8 (2-5), paridad 1.5 (0-4), edad gestacional al momento del diagnóstico 19.9 semanas (13-31), tamaño uterino de 26.6 cm (17-34), concentraciones de  $\beta$ -hCG de 799,590 mU/mL (1,048-2,460,000). En comparación con embarazos molares únicos, los diversos reportes presentan diferencias significativas en comparación con estos parámetros.<sup>1,8,9</sup> El riesgo de padecer enfermedad trofoblástica persistente a causa de la quimioterapia se ha reportado con mayor

incidencia en los casos de mola hidatidiforme completa y feto coexistente que en mola única (56 vs 20%), donde hasta 60% pueden evolucionar a metástasis.<sup>1,4,8</sup> La edad gestacional es un factor de riesgo dependiente para sufrir enfermedad trofoblástica persistente porque se presenta en 68.4% de los embarazos que no llegaron a viabilidad contra 28.8% que sí lo hicieron.<sup>8</sup>

A las pacientes con mola hidatidiforme completa y feto coexistente debe informárseles el riesgo significativo de padecer enfermedad trofoblástica persistente y la posibilidad de requerir quimioterapia. Aún no está claro si esta incidencia mayor se debe a un comportamiento biológico más agresivo del tejido trofoblástico o sólo por el retraso del diagnóstico. Afortunadamente todas las pacientes alcanzaron la remisión completa posterior al tratamiento.<sup>4</sup>

En este caso, la mola hidatidiforme completa y el feto coexistente tuvieron comportamiento poco agresivo, así como manifestaciones clínicas susceptibles de ser tratadas y que no afectaron el curso normal de la gestación. La mola no tuvo un comportamiento difuso y agresivo; por el contrario, se mantuvo conservadoramente durante el embarazo, por lo que llegó a término, pues la mayoría de los casos reportados finalizan antes de las 34 semanas.<sup>1,8,9</sup> De manera particular y como hallazgo sobresaliente, el segundo gemelo padeció, como complicación, la placenta previa total con el hallazgo de invasión trofoblástica que alcanzó los límites de la pared vesical posterior. El diagnóstico histopatológico fue de mola completa y se corroboró, mientras que el complemento cromosómico fue 46XX.

## CONCLUSIONES

Ante el diagnóstico de un embarazo gemelar con mola hidatidiforme completa y feto coexistente, las pacientes deben ser informadas sobre la historia natural de este padecimiento, la decisión de continuar o no el embarazo,

las complicaciones conocidas y el riesgo significativo de padecer enfermedad trofoblástica persistente y la posibilidad de requerir quimioterapia. Afortunadamente, en el seguimiento posterior a la resolución, todas las pacientes han alcanzado la remisión completa. En casos como éste, con placenta previa y ante la sospecha de acretismo placentario, debe informarse de los riesgos y de las posibles complicaciones durante la gestación y al momento del evento quirúrgico ya que éste es otro factor que afecta el resultado perinatal por el elevado número de complicaciones.

## REFERENCIAS

1. Steller MA, Genest DR, Bernstein MR, Lage JM, et al. Natural history of twin pregnancy with complete hydatidiform mole and coexisting fetus. *Obstet Gynecol* 1994;83:35-42.
2. Kwon HE, Park EJ, Kim SH, Chae HD, et al. A case of twin pregnancy with complete hydatidiform mole and coexisting fetus following IVF-ET. *J Assit Reprod & Gen* 2002;19:144-8.
3. Azuma C, Fumitaka S, Massahiko T. Triplet pregnancy involving complete hydatidiform mole and two fetuses: Genetic analysis by deoxyribonucleic acid fingerprint. *Am J Obstet Gynecol* 1992;166:664-7.
4. Fishman DA, Padilla LA, Keh P, Cohen L, et al. Management of twin pregnancy consisting of a complete hydatidiform mole and normal fetus. *Obstet Gynecol* 1998;91:546-50.
5. Klatt TE, Franciosi RA, Cruikshank DP. Normal fetus with a twin presenting as both a complete hydatidiform mole and placenta previa. *Obstet Gynecol* 2006;107:527-30.
6. Kajii T, Ohama K. Androgenic origin of hydatidiform mole. *Nature* 1977;268:633-4.
7. Niemann I, Sunde L, Petersen LK. Evaluation of the risk of persistent trophoblastic disease after twin diploid hydatidiform mole and coexisting normal fetus. *Am J Obstet Gynecol* 2007;197:45.e1-5.
8. Bristow RE, Shumway JB, Khouzami AN, Witter FR. Complete hydatidiform mole and surviving coexistent twin. *Obstet Gynecol Surv* 1996;51:705-9.
9. Feinberg RF, Lockwood CJ, Salafia C, Hobbins JC. Sonographic diagnosis of a pregnancy with a diffuse hydatidiform mole and coexistent 46XX fetus: A case report. *Obstet Gynecol* 1988;72:485-7.