

Mola parcial con feto vivo: Análisis clínico, morfológico y genético

(Partial mole in a live fetus: Clinical morphologic and genetic analysis)

Arturo Juárez Azpilcueta,* Marco Antonio Durán Padilla,* Luis Paulino Islas Domínguez,* Socorro Martínez Morales*

RESUMEN

La mola hidatidiforme parcial forma parte de las enfermedades trofoblásticas gestacionales que de manera eventual se encuentran en niños recién nacidos. Aquí se reporta el caso de un feto vivo con una mola parcial.

Palabras clave: Mola hidatidiforme parcial, enfermedades trofoblásticas, tumores trofoblásticos.

SUMMARY

The partial hydatidiform mole is a gestational trophoblastic disease that eventually is found in newborn infants. Here is reported the case in alive fetus with a partial mole.

Key words: Hydatidiform partial mole, trophoblastic diseases, trophoblastic tumors.

La enfermedad trofoblástica comprende cuatro formas clinicopatológicas de crecimiento anormal del trofoblasto: la mola hidatidiforme, el coriocarcinoma, mola invasora y tumor trofoblástico del sitio placentario. La mola hidatidiforme ocurre en un embarazo en el que hay una degeneración hidrópica de las vellosidades coriales asociada generalmente con la ausencia de un feto.¹ La mola parcial se caracteriza por una triploidía diandrica y cambios hidatidiformes progresivos lentos con capilares vellosos que aún funcionan y que afectan a algunas vellosidades, y se asocian con un feto o embrión anormal identificable (vivo o muerto), membranas o eritrocitos fetales.

Esta entidad, descrita por primera vez por Szulman y Surti,¹ se le encuentra en uno de cada 10 mil ó 100 mil embarazos. En 90% de los casos está asociada a triploidía y cerca de 40% de las mujeres padecen preeclampsia y se recomienda dar seguimiento a las mujeres afectadas ante la posibilidad de desarrollar coriocarcinoma, pues contribuye a la enfermedad trofoblástica persistente.

CASOS CLÍNICOS

CASO 1

Producto de madre de 24 años, en su segunda gestación; cursó su embarazo con control prenatal irregular, y ocho días antes del nacimiento del producto tuvo escaso sangrado transvaginal y salida de líquido transvaginal, que al no remitir decidió acudir al hospital, en donde se le hizo estudio de ultrasonido que reportó la presencia de mola hidatidiforme con feto vivo y oligoamnios secundario a ruptura prematura de membranas, por lo que le fue interrumpido el embarazo por vía abdominal.

El reporte de la autopsia fue de feto muerto del sexo femenino con 22 semanas de gestación, sin malformaciones congénitas. El estudio anatomopatológico mostró degeneración hidrópica de las vellosidades coriales, peso de 500 g, talla 26 cm, longitud cabeza-cóccix de 22 cm, cabezalón de 17 cm y abdomen 16 cm. Cariotipo normal.

CASO 2

Madre de 21 años con control prenatal irregular, al hacerle una ultrasonografía (USG) se reportó la presencia

* Unidad de Pediatría, Anatomía Patológica y Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México.

de mola hidatidiforme. Acudió al hospital por encontrarse en trabajo de parto espontáneo. Se obtuvo producto eutóxico del sexo masculino sin signos vitales. El resultado de la autopsia fue: feto del sexo masculino de 390 g, longitud cabeza-cóccix de 12 cm, cabeza-talón 26 cm, abdomen de 13 cm, con presencia de placenta con degeneración hidrópica de las vellosidades coriales. Cariotipo normal.

CASO 3

Producto de la segunda gestación de una mujer de 21 años, aparentemente sana que presentó amenaza de aborto en el primer trimestre. El USG informó la presencia de mola hidatidiforme parcial; cursó con preeclampsia, por lo que se manejó con hidralazina, sulfato de magnesio y metilprednisolona. Se decidió interrumpir el embarazo por vía abdominal, por deterioro materno.

El producto fue de sexo femenino, Apgar 6/7, con pobre esfuerzo respiratorio. Pabellón de la oreja parcialmente incurvado en el borde superior, glándula mamaria no palpable, pezón de menos de 7.5 cm de diámetro, piel fina, lisa sin pliegues plantares (Capurro 31.5 semanas).

Peso 1,050 g, talla 3 cm, con perímetros: cefálico 24 cm, braquial 65 cm, torácico 26 cm, abdominal 26 cm, con segmento superior de 25 cm y longitud de pie 6.5 cm.

Coanas permeables, esófago permeable, labio y paladar íntegro, ano permeable y cordón umbilical normal. Sin malformaciones congénitas aparentes. Al nacer recibió maniobras de reanimación básica y avanzada, se hizo cateterismo de vasos umbilicales y colocación de una cánula endotraqueal.

Se le traslada para cuidados intensivos donde registra oscilación de la saturación entre 80 y 90% con cianosis generalizada e hipotermia; es recuperada mediante manejo respiratorio con bolsa. Se maneja con aminas y soluciones parenterales, hemotransfusiones y con parámetros ventilatorios bajos. Se administra ampicilina y cefepime por encontrarse con leucopenia, neutropenia, y se reporta anemia y trombocitopenia. Tuvo hiperbilirrubinemia y crisis convulsivas, las que se mitigaron con midazolam, DFH y fototerapia. Presentó después paro cardioventilatorio reversible con maniobras básicas y avanzadas, después de nueve minutos. La fontanela estaba abombada y tenía palidez generalizada; sus controles radiológicos mostraron datos compatibles con enfermedad por membrana hialina. Se mantuvo hemodinámicamente inestable, con variaciones en la frecuencia cardíaca y llenado capilar, hasta que, nuevamente, presentó paro cardioventilatorio irreversible a maniobras de reanimación. Cariotipo normal. La autopsia reportó: feto de sexo femenino sin malformaciones congénitas y mola parcial.

Se concluye posterior a la autopsia feto del sexo femenino sin malformaciones congénitas, mola parcial.

CASO 4

Producto de madre de 22 años que acudió a urgencias gineco-obstétricas por amenorrea secundaria por 19 semanas y sangrado transvaginal profuso. Se le atiende por aborto de producto del sexo masculino, sin malformaciones aparentes, placenta con tejido molar, se le envía para estudio anatomopatológico que reportó mola hidatidiforme parcial con feto del sexo masculino de 17.4 semanas sin malformaciones externas; vesículas de aspecto de racimo de uvas, peso de 480 g y cariotipo normal.

COMENTARIOS

El embarazo con alteración molar puede ser completo o parcial, lo que se distingue por diferencias histopatológicas, patrón cromosómico y características clínicas. En la mola parcial se distingue el tejido molar y el embrión o feto. Mientras que la mola completa generalmente tiene un cariotipo diploide y todos los cromosomas molares son de origen paterno, las molas parciales generalmente tienen un cariotipo triploide, resultado de la fertilización por dos espermatozoides de un óvulo aparentemente normal.^{2,3}

En la mola hidatidiforme parcial triploide se hace presente un juego de cromosomas maternos y dos paternos; tales anomalías son compatibles con el inicio del desarrollo fetal y también con una mayor proliferación trofoblástica que la de la placenta normal. Se presenta en uno de cada 10,000 embarazos.¹ En 90% de los casos se le asocia a triploidia y las mujeres que presentan ésta tienen un riesgo de 4/10 de padecer preeclampsia.

En los casos que aquí informan el cariotipo fue normal, contrariamente a lo referido por otros; el seguimiento de estas pacientes es necesario, por la posibilidad de que las mujeres desarrollen coriocarcinoma, lo que contribuye a que padezcan una enfermedad trofoblástica persistente. Cabe señalar que el desarrollo de coriocarcinoma es más frecuente después de una mola hidatidiforme.⁴

Ocasionalmente, los fetos presentes en las molas parciales presentan cariotipos normales. Representan del 0.001 al 0.01% de todos los embarazos; la mayoría de estos embarazos culminan en abortos del primer trimestre. Se reporta un caso con gestación que fue interrumpido a la semana 18.^{2,6,7}

El diagnóstico histopatológico es la piedra angular para el buen pronóstico; es importante que la clasificación sea lo más certera posible.²

El seguimiento de la mola parcial se realiza con rodaje cuantitativo, por radioinmunoensayo de subunidad beta

de HGC sérica. La primera muestra a las 48 h de la evacuación y controles semanales hasta la negativización. Además se deben realizar exámenes clinicoginecológicos, ecografía transvaginal y hepática postevacuación.⁷

Referencias

1. Szulman AE, Surti U. The syndromes of hydatidiform mole. II. Morphologic evolution of the complete and partial mole. *Am J Obstet Gynecol* 1978; 132(1): 20-7.
2. Castejón SOC, Molina VR, Rivas AAE, Aguirre O, Graterol SJ. La variabilidad morfológica de la vellosidad placentaria hidrópica. *Gac Méd Caracas* 2002; 11(2): 210-6.
3. Paradinas FJ, Browne PF, Fisher RA, Foskett M, Bagshawe KD, Newlands E. A clinical, histopathological and flow cytometric study of 149 complete moles 146 partial moles and 107 non-molar hydropic abortions. *Histopathology* 1996; 28(2): 101-10.
4. Rosai J. Ackerman's Surgical Pathology. 8th ed. St. Louis: Mosby 1996.
5. Ishii J, Iitsuka Y, Takano H, Matsui H, Osada H, Sekiya S et al. Genetic differentiation of complete hydatidiform moles coexisting with normal fetuses by short tandem repeat-derived deoxyribonucleotic acid polymorphism analysis. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179(3): 628-34.
6. Sherer DM, Glantz JC, Metlay ML, Saller Dn Jr. Absent umbilical artery diastolic flow in a fetus with a partial mole at 18 week's gestation. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169(5): 1167-8.
7. Feinberg RF, Lockwood CJ, Salafia C, Hobbins JC. Sonographic diagnosis of a pregnancy with a diffuse hydatidiform mole and coexistent 46,XX fetus: A case report. *Obstet Gynecol* 1988; 72(3 Pt 2): 485-8.

Correspondencia:
Arturo Juárez Azpilcueta
Centro de Esterilidad y Ginecología Integral
Xochicalco Núm. 210.
Col. Narvarte, México, D.F.
Teléfono: 5639 7718