

Embarazo molar con feto vivo

Molar Pregnancy with Live Fetus

Yoliary Teresa Mourlot Morales^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-9010-0184>

Marvelis de la Rosa Marín² <https://orcid.org/0000-0001-5999-3594>

María Tacoronte García¹ <https://orcid.org/0000-0002-8887-9771>

¹Policlínico Universitario “Andrés Ortíz”. La Habana, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad de Medicina “Miguel Enríquez”. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: yoliary@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La mola hidatiforme coexistente con un feto vivo es una entidad infrecuente que se caracteriza por la degeneración hidrópica de las vellosidades coriales, hiperplasia del trofoblasto y evidencia macroscópica de un feto.

Objetivo: Mostrar un caso de un embarazo gemelar conformado por mola hidatiforme y feto vivo.

Presentación del caso: Se presenta el caso clínico de una gestante argelina de 30 años. Edad gestacional entre 26 y 27 semanas, historia obstétrica G₂, P₁, A₀, que ingresa con diagnóstico de embarazo molar parcial y feto vivo. Además, presenta amenaza de parto inmaduro. Se realiza parto eutócico, se extrae recién nacido de bajo peso que no sobrevive debido a la inmadurez y la mola en su totalidad. Se obtiene recién nacido de sexo femenino, 1000 g de peso, Apgar 8/10 que se traslada al servicio de Neonatología.

Conclusiones: El embarazo molar con feto vivo se considera de alto riesgo materno y fetal, por lo que se sugiere establecer el diagnóstico temprano mediante técnicas invasivas como amniocentesis o biopsia de vellosidades coriales, y llevar a cabo un seguimiento perinatal estrecho. La interrupción del embarazo debe individualizarse en cada paciente.

Palabras clave: enfermedad trofoblástica; embarazo molar; mola hidatiforme; feto vivo.

ABSTRACT

Introduction: Hydatidiform mole coexisting with a live fetus is a rare entity characterized by hydropic degeneration of the chorionic villi, trophoblast hyperplasia and macroscopic evidence of a fetus.

Objective: To show a case of twin pregnancy made up of a hydatidiform mole and a live fetus.

Case report: The clinical case of a 30-year-old Algerian pregnant woman is reported. Her gestational age was between 26 and 27 weeks, her obstetric history G2, P1, A0. She was admitted with a diagnosis of partial molar pregnancy and live fetus. In addition, she had threat of immature labor. Eutocic delivery was performed, low birth weight newborn and the entire mole are removed. The newborn did not survive due to immaturity. A female newborn was obtained, weighing 1000 g, Apgar 8/10, who was transferred to the Neonatology service.

Conclusions: Molar pregnancy with a live fetus is considered to be of high maternal and fetal risk, so it is suggested to establish early diagnosis through invasive techniques such as amniocentesis or chorionic villus biopsy, and to carry out a close perinatal follow-up. Termination of pregnancy should be personalized for each patient.

Keywords: trophoblastic disease; molar pregnancy; hydatidiform mole; living fetus.

Recibido: 05/11/2021

Aceptado: 20/12/2021

Introducción

Los casos de embarazos con presencia de enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) concomitante son muy poco frecuentes en la práctica médica, y en la literatura se describen como embarazos múltiples.

Se estima que la incidencia de esta asociación es de, aproximadamente, uno de cada 20 000 a 100 000 embarazos normales,⁽¹⁾ por lo que se considera un acontecimiento obstétrico poco conocido, por lo cual, el profesional debe estar capacitado para la atención adecuada si se presenta.

Hay que tener en cuenta que estos casos implican una atención obstétrica máxima, y estar alerta para la detección temprana de eventuales complicaciones maternas y fetales que puedan asociarse, tales como: enfermedad hipertensiva gestacional, tromboembolismo por líquido amniótico, muerte fetal, y prematuridad, entre otras. También habría que prestar atención a la evolución de la ETG presente en el embarazo, tanto durante, como después del nacimiento y a la extracción fetoplacentaria.⁽²⁾

Esto sería debido a la tendencia a las complicaciones derivadas de la enfermedad molar, entre ellas el hipertiroidismo materno, las lesiones uterinas, el hidramnios de la bolsa afectada, o la aparición de ETG persistente (ETGP) o posmolar.⁽²⁾

Es un tumor poco frecuente, en EE.UU. se observa en uno de cada 20 000 a 30 000 embarazos.⁽³⁾ Su diagnóstico precoz es de gran importancia, ya que la curación resulta posible, incluso en presencia de diseminación, y la función reproductiva de la paciente puede ser preservada.^(2,3)

El objetivo del presente trabajo fue mostrar un caso de un embarazo gemelar conformado por mola hidatiforme y feto vivo.

Presentación de caso

Se presenta el caso clínico de una gestante argelina de 30 años de edad que fue ingresada de urgencia el 3 de agosto de 2018 en el Hospital Materno de la provincia de Biskra en la República Popular de Argelia, por presentar contracciones uterinas que tras el examen clínico denota una gestación entre 26 - 27 semanas.

La fecha de su última menstruación no es conocida, ni ha tenido atención prenatal en alguna institución de salud, ni estudios complementarios previos.

No refiere antecedentes patológicos personales y entre los familiares refiere que su madre vive y padece diabetes mellitus e hipertensión arterial.

Historia obstétrica: Un parto eutócico anterior y la gestación en curso. No tiene antecedentes de abortos.

Ingresa en la sala de Ginecología con el diagnóstico de gestación de 26 a 27 semanas, feto vivo con buena vitalidad y mola parcial. Presenta, además, amenaza de parto inmaduro.

Examen físico general:

Mucosas húmedas y normocoloreadas, tejido celular subcutáneo no infiltrado.

Aparato respiratorio: Frecuencia respiratoria (FR): 22/min, murmullo vesicular normal, no se auscultan estertores.

Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, frecuencia cardiaca 86/min, tensión arterial: 140/100 mmHg.

Abdomen: Globuloso, útero grávido con altura uterina de 28 cm, maniobra de peloteo fetal positiva. Dinámica uterina 2/10, tono uterino normal, foco fetal no audible.

Exploración con espéculo vaginal: Aparenta un cuello suave de 2,5 cm, permeable amplio a dos dedos, salida de sangre roja oscura, en moderada cantidad. No se realiza tacto vaginal

Sistema nervioso central: Paciente consciente, orientada en tiempo y espacio. Persona algo ansiosa, reflejos conservados.

Exámenes complementarios:

Hemograma con diferencial:

Hemoglobina: 110 g/L, Hematocrito: 0,33/L.

Leucocitos: 7,5 x 10⁹/L, Polimorfonucleares-0,10. Linfocitos-0,88,

Monocitos-0,02=100/L.

Eritrosedimentación: 65 mm/H.

Coagulograma completo: Tiempo de sangramiento: 2', tiempo de coagulación; 8'

Rayos X de tórax anteroposterior (AP): Índice cardiorácico normal. No hay derrame pleural, ni lesiones inflamatorias.

USD obstétrico: Útero grávido con feto vivo en su interior, latidos cardíacos presentes, movimientos fetales visibles. Diámetro biparietal (DBP) de 62 mm, para un tiempo de gestación de 26 semanas, placenta fúndica posterior. Llaman la atención las múltiples imágenes quísticas que se extienden en todo el tejido placentario, lagos venosos presentes, característicos de la enfermedad molar.

La paciente continúa con su labor de parto espontáneamente dada la inmadurez fetal, la hipertensión arterial materna se controló, así como el diagnóstico de embarazo molar. Dos horas después se asiste a parto eutócico, se obtiene recién nacido del sexo femenino de 1000 g de peso, puntaje de *Apgar* 8/10, que se traslada al servicio de Neonatología. Se realiza evacuación del tejido molar intrauterino mediante extracción manual y legrado de la cavidad con cureta roma (Fig. 1).

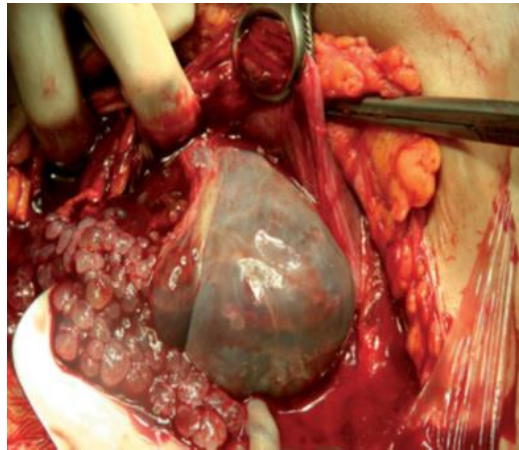


Fig. 1 - Tras la extracción fetal, se rompe la segunda bolsa, de donde salen abundantes vesículas, desprendidas de la masa hidatiforme.

El tejido extraído se envía al laboratorio de Anatomía Patológica para estudio (Fig. 2).



Fig. 2 - Vesículas asentadas sobre tejido macroscópicamente semifibroso, que se muestra casi exangüe a la manipulación y puede distinguirse del tejido placentario sano por una fina e irregular membrana.

Se realizan las medidas preventivas para evitar la hemorragia postparto característica de esta entidad. Se administraron 10 UI de oxitocina por vía intramuscular inmediatamente después del parto y se pinza el cordón umbilical tres minutos después del parto. Se realiza tracción controlada del cordón umbilical para el alumbramiento de la placenta y se da masaje en el fondo uterino.

La paciente egresa a los 10 días, sin complicaciones. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos médicos realizados el neonato fallece como consecuencia de su prematuridad.

Se planteó el diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional con la evidencia ecográfica y confirmada por el diagnóstico histológico.

Se remitió la paciente al servicio de Oncología médica para recibir tratamiento con quimioterapia según el protocolo establecido en esta institución. Se clasificó como de riesgo bajo, no obstante, se decidió el empleo de terapia con metrotexate a una dosis de 0,4 mg/kg por vía intravenosa, en dos ciclos de 5 y 4 días, respectivamente, con un lapso entre ellos de tres semanas.

En su evolución, se evidenció un descenso progresivo de los valores de β -HCG a partir del inicio del tratamiento. Como única complicación reseñable, la paciente presentó una mucositis secundaria a la quimioterapia que requirió de ingreso, aunque únicamente para recibir tratamiento analgésico y antibiótico por vía intravenosa, con la mejoría del cuadro. Tres semanas después del segundo ciclo de quimioterapia por vía intravenosa recibió una dosis adicional de metrotexate, esta vez de 30 mg/m² por vía intramuscular, como tratamiento de consolidación.

En el control realizado al cumplir dos meses desde el inicio del tratamiento farmacológico, y a los 87 días después de la evacuación, se constató la negativización de la β -HCG plasmática. La paciente permaneció asintomática solo con una secuela leve por la mucositis oral.

Discusión

La enfermedad trofoblástica gestacional persistente (ETGP) o maligna es una entidad dentro del espectro de la ETG, que comprende la mola invasora, el coriocarcinoma y el tumor de lecho placentario.

Esta variante de la enfermedad trofoblástica aparece hasta en un 20 % de casos, y la gran mayoría proviene de una lesión molar anterior (completa o parcial).

Puede presentarse como ETGP no metastásica (tejido molar retenido, o bien como mola invasora), en un 15 %, o en su forma metastásica en el 5 % restante.⁽³⁾

Para el diagnóstico, se siguen los criterios postulados por la FIGO, en consenso con varios organismos (*Gynecologic Oncology Society*, *The International Society for the Study of Trophoblastic Disease* y *The International Gynecology Cancer Society*), que afirman lo siguiente:

- Cuatro valores de β -HCG en meseta (variación del 10 %), durante tres semanas.
- Incremento de más del 10 % en tres valores consecutivos en un período de dos semanas (tomados los días 1, 7 y 14).
- Cuando se mantiene detectable tras seis meses post evacuación.
- Cuando se tiene un diagnóstico histológico de coriocarcinoma.⁽³⁾
- Antes de decidir el tratamiento, será necesario realizar la estadificación de la enfermedad. Para ello hoy día se emplea un sistema de clasificación propuesto por la FIGO y basado en la evaluación de 2 tipos de criterios:
 - Criterios anatómicos, para la estadificación propiamente dicha: divididos en 4 estadios, I a IV, dependiendo de la localización de la mayor lesión tumoral: si es intraútero (estadio I) o si es fuera de él (estadio II); si es en pulmón, estadio III), o bien con focos metastásicos extra pulmonares (estadio IV).
 - Criterios pronósticos: factores de riesgo a los que se asigna una puntuación, que al sumarlos ofrecen un total que identifica la enfermedad como de riesgo bajo o alto.^(4,5)

Con ello, contamos con un sistema de clasificación objetivo que permite ajustar el tratamiento de quimioterapia que se debe emplear en cada caso, en dependencia de la orientación pronóstica que nos ofrece. Así, ante la disyuntiva del empleo de un solo quimioterápico frente a la poliquimioterapia (\pm adyuvantes) elegimos el tratamiento único para los casos de riesgo bajo con estadios de I a III, y puntuación pronóstica ≤ 6 , mientras que usaríamos pautas combinadas con los casos de riesgo alto, como son en estadio IV y aquéllos con puntuaciones > 6 ,^{6,7}.

En el caso que nos ocupa, el estudio de imagen completo, que se realizó a la paciente con TC tóraco-abdomino-pélvica, demostró ausencia de focos metastásicos. Además, la paciente contaba con pocos factores de riesgo (β -HCG $> 100\ 000$ y tamaño tumoral > 5 cm), por lo que obtuvo una puntuación pronóstica baja. Se clasificó como estadio I de riesgo bajo, por lo que se optó por la monoterapia.

El tratamiento con 3 ciclos de metrotexate resulta efectivo sin necesidad de reajustarlo a poliquimioterapia.

El resultado de esta investigación concuerda con los datos positivos obtenidos por diversos autores relacionados con la efectividad del tratamiento en casos de ETGP en

embarazos múltiples afectados por lesiones molares, como ocurre en el caso que nos ocupa. En la literatura científica, la revisión más extensa de casos de la misma naturaleza la realizaron *Sebire* y otros,⁽⁸⁾ y data del año 2000; en el estudio registraron 77 casos de embarazos gemelares compuestos por mola hidatiforme completa y feto sano. En dicha revisión presentaron datos sobre el devenir de los embarazos y distinguen los casos llegados a término de los interrumpidos, tanto antes, como después de la viabilidad. La revisión informa de embarazos llevados a término exitosamente hasta en un 40 % de los casos. Por otro lado, también analizan la aparición de ETGP en dichos embarazos, así como el tratamiento que recibieron los casos con presencia de enfermedad molar maligna. Informan de que 15 (19 %) de las 77 mujeres presentaron la enfermedad, sin que hubiese diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de mujeres que interrumpieron su embarazo antes de la semana 14 (n = 19) y las que continuaron adelante (n = 58). Por otro lado, al estudiar la necesidad de quimioterapia (monoterapia frente a poliquimioterapia), constataron que de esos 19 casos sólo 4 necesitaron de tratamiento con agentes múltiples. En todos los casos el tratamiento fue satisfactorio, ya que no hubo ninguna muerte materna. Con estos datos *Sebire* y otros⁽⁸⁾ plantearon en sus conclusiones que parece no existir un riesgo mayor de aparición de enfermedad trofoblástica post molar en los casos de embarazos gemelares con mola completa y feto sano en los que se decide continuar, al compararlos con los casos en los que se decide abortar por la seguridad materna. Por otro lado, informan que los casos en los que la ETGP se presenta obtienen buenos resultados con el tratamiento habitual, incluso con el tratamiento de agente único, por lo que, en su opinión, es puede plantearse a continuación de tales gestaciones en un contexto de normalidad de su evolución.

Existen otras revisiones, como la de *Bruchim* y otros,⁽⁹⁾ con 15 casos. En esta serie, la ETGP aparece hasta en un 53 % del total de los casos, con una incidencia de 27 % de enfermedad metastásica, datos que se acercan a los observados por *Steller* y otros⁽¹⁰⁾ (55 % de casos de ETGP y 23 % de enfermedad metastásica), lo que supera las cifras observadas por *Bristow* y otros⁽¹¹⁾ pocos años antes (28,6 % de casos de ETGP), datos que, según los autores, demuestran un comportamiento post evacuación inusualmente agresivo en esos casos de embarazos gemelares asociados a mola hidatídica completa. Por otro lado, *Bruchim* y otros,⁽⁹⁾ en su estudio comparan la incidencia total, sin hacer distinción entre embarazos llevados a término con los interrumpidos, solo los nacidos en semanas previas, tal y como hacen *Sebire* y otros⁽⁸⁾ y *Bristow* y otros.⁽¹¹⁾ Estos últimos autores contaban con 19 casos con evacuación del producto fetal antes de la viabilidad, y

otros 7 embarazos que dieron neonatos vivos: informaron de 68,4 % de casos de ETGP en los embarazos tempranos, y sólo 28,6 % de casos en los embarazos finalizados con resultado de fetos viables.

La experiencia obtenida en el manejo de esta afección habla de resultados favorables en los casos de embarazos bien controlados, que deciden llevarse adelante, con tasas de enfermedad post molar similares a las que veríamos en embarazos únicos y muchas opciones de un buen resultado neonatal. Este caso específico se suma a estos, ya que la gestante tuvo un embarazo libre de enfermedad hasta una edad gestacional relativamente avanzada, cuando se produjo la aparición del cuadro preeclámpsico. Además, presentó un parto y una evacuación de la lesión satisfactorios y, aunque desarrollase EGTP en la fase post evacuatoria, reunía criterios de riesgo bajo y fue suficiente el tratamiento con mono quimioterapia para frenar su desarrollo y que, en la actualidad, la paciente esté libre de enfermedad.

Conclusiones

El embarazo molar con feto vivo se considera de alto riesgo materno y fetal, por lo que se sugiere establecer el diagnóstico temprano mediante técnicas invasivas como amniocentesis o biopsia de vellosidades coriales y llevar a cabo un seguimiento perinatal estrecho. La interrupción del embarazo debe individualizarse en cada paciente.

Referencias bibliográficas

1. García Ramírez CA, Rangel E, Torres Mantilla HA, García Ramírez CA, Rangel E, Torres Mantilla HA. Risk factors, histological diagnosis and beta-hCG concentrations in patients with hydatidiform mole. *Medicas UIS*. 2018 [acceso 23/11/2018];31(1):39-46. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-03192018000100039&lng=en&nrm=iso&tlng=es
2. Solís Cartas U. Mola hidatiforme en una paciente con lupus eritematoso sistémico. *Revista Cubana de Reumatología*. 2018 [acceso 23/11/2018];20(2). Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1817-59962018000200010&lng=es&nrm=iso&tlng=es

3. Maita Quispe F, Villarroel Goitia A, Hochstatter AE, Gomales Vargas A. Embarazo gemelar bicorial, uno con mola completa y el otro con feto vivo con displasia septo-óptica. *Gaceta Médica Boliviana*. 2015 [acceso 23/11/2018];38(2):62-5. Disponible en: http://www.scielo.org/bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1012-29662015000200013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Martínez R, Zarate D. Embarazo gemelar con mola parcial y recién nacido vivo. Reporte de Caso. XXXI Congreso Nacional de Obstetricia. Cartagena de Indias. Colombia. 2018 [acceso 23/11/2018]. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/324978820>
5. Muciño García E, Hinojosa Rodríguez KA, López Rioja MJ, Salgado Benítez E, Pérez Lara SA, Zebadúa Jiménez VH, *et al.* Embarazo molar con feto vivo y éxito perinatal. Reporte de un caso y revisión bibliográfica. *Ginecol Obstet Mex*. 2017 [acceso 23/11/2018];85(11). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2017/gom1711h.pdf>
6. Flores Flores CM, Sandoval Martínez DK, Álvarez Ojeda OM, García Ayala E. Embarazo molar de 25 semanas con feto vivo: Reporte de autopsia. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2016 [acceso 23/11/2018];81(6):502-6. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262016000600008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. Bolis G, Bonazzi C, Landoni F, Mangili G, Vergadoro F, Zanaboni F, *et al.* EMA-CO regime in high risk GTT. *Gynecol Oncol*. 2015;31:349.
8. Sebire NJ, Foskett M, Paradinas FJ, Fisher RA, Francis RJ, Short D, *et al.* Outcome of twin pregnancies with complete hydatidiform mole and healthy co-twin. *The Lancet*. 2002;359(9324):2165-6. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)09085-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)09085-2)
9. Bruchim I. Complete hydatidiform mole and a coexistent viable fetus: report of two cases and review of the literature. *Gynecol Oncol*. 2000;77(1):197-202. DOI: <https://doi.org/10.1006/gyno.2000.5733>
10. Steller MA. Natural history of twin pregnancy with complete hydatidiform mole and coexisting fetus. *Obstetrics and Gynecology*. 1994 [acceso 23/11/2018];83(1):35-42. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8272304/>
11. Bristow RE. Complete hydatidiform mole and surviving coexistent twin. *Obstetrical & Gynecological Survey*. 1996;51(12):705-9. DOI: <https://doi.org/10.1097/00006254-199612000-00002>

Conflicto de intereses

Los autores no declaran ningún conflicto de intereses.