



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



CASO CLÍNICO

Gestación gemelar con mola hidatiforme completa y feto vivo a término

E. Garcia Grau*, L. Ribot Luna, J. Costa Pueyo, M. Grimau Gallego,
M. Corona Martínez y Y. Canet Estevez

Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Corporació Sanitaria Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España

Recibido el 17 de junio de 2008; aceptado el 24 de julio de 2008

Disponible en Internet el 20 de agosto de 2009

PALABRAS CLAVE

Mola hidatiforme;
Embarazo;
Feto

Resumen

La coexistencia de una mola hidatiforme completa y de un feto vivo es una entidad muy poco frecuente que clásicamente se ha asociado a un alto riesgo de aborto espontáneo, muerte intrauterina, parto pretérmino, preeclampsia, hipertiroidismo y malignización. El mal pronóstico de la gestación y los riesgos maternos generan un dilema sobre la terminación inmediata del embarazo en el momento del diagnóstico o una conducta expectante.

Presentamos el caso de una mola hidatiforme completa coexistente con un feto vivo que llegó a término sin presentar ninguna complicación.

© 2008 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Hydatidiform mole;
Pregnancy;
Fetus

Twin pregnancy with complete hydatiform mole with a live full-term fetus

Abstract

The coexistence of a complete hydatidiform mole with a live fetus is a rare finding that has usually been associated with a high risk of spontaneous miscarriage, intrauterine death, preterm labor, preeclampsia, hyperthyroidism and malignancy. The poor prognosis of the pregnancy and the risks to the mother generate a dilemma between immediately terminating the pregnancy at diagnosis or adopting an expectant attitude. We present a case of a complete hydatidiform mole coexisting with a live fetus that reached term with no complications.

© 2008 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: egarciagr@uoc.edu (E. Garcia Grau).

Introducción

La coexistencia de una mola hidatiforme completa y de un feto vivo tiene una incidencia de 1/22.000–100.000 gestaciones¹.

Esta condición se asocia a un alto riesgo de aborto espontáneo, muerte intrauterina, parto pretérmino, preeclampsia, hipertiroidismo y malignización².

Ante una gestación como ésta, hay que descartar complicaciones maternas mayores, comprobar que el cariotipo fetal sea normal e informar del pronóstico a la madre.

Las guías clínicas para tomar decisiones son limitadas dado que hay pocos casos publicados.

Caso clínico

Secundigesta de 27 años, originaria de Marruecos, sin antecedentes medicoquirúrgicos de interés, con una gestación previa sin complicaciones.

A las 20,5 semanas de amenorrea se realizó el primer control del embarazo y ecográficamente se sospechó una gestación gemelar con una mola hidatiforme completa y un

feto vivo morfológicamente normal, que se confirmó por resonancia magnética (fig. 1).

Se explicaron los riesgos potenciales, pero la mujer decidió continuar la gestación.

Se practicó una amniocentesis con el resultado de un cariotipo diploide femenino normal: 46,XX.

El nivel de *beta-human chorionic gonadotropin* (β -HCG) en el momento del diagnóstico fue de 210.427 mU/dL. El resto del análisis y la radiografía de tórax fueron normales. En la figura 2 se puede ver la evolución de los niveles de β -HCG durante la gestación y en los controles posparto.

La paciente se mantuvo clínicamente bien durante todo el embarazo y los controles analíticos, ecográficos y Non Stress Test (NST) estuvieron siempre dentro de los límites de la normalidad, a excepción de una anemia leve (9,8 g/dL).

A las 38,3 semanas de amenorrea se practicó una inducción oxitócica del parto y nació una niña sana de 2.510 g; test de Apgar 9-10-10; pH arteria uterina 7,32, y pH vena uterina 7,39.

La anatomía patológica de la placenta confirmó el diagnóstico de gestación gemelar con mola hidatiforme completa y placenta normal (fig. 3).

La β -HCG se negativizó un mes posparto y ha continuado siendo negativa 6 meses después, siendo dada de alta la paciente.

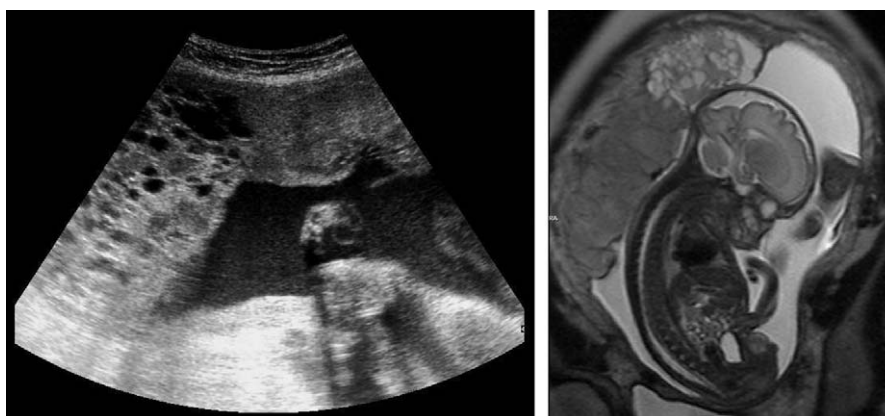


Figura 1 Ecografía y resonancia magnética que muestran la placentación anormal.

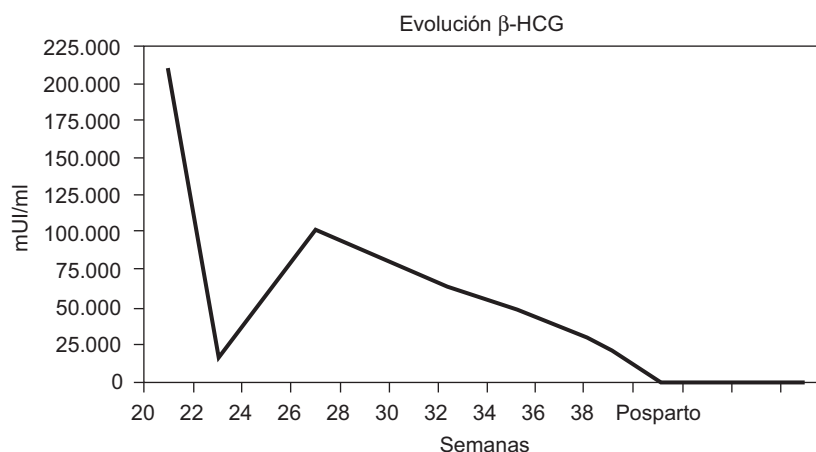


Figura 2 Evolución de los niveles de β -HCG.

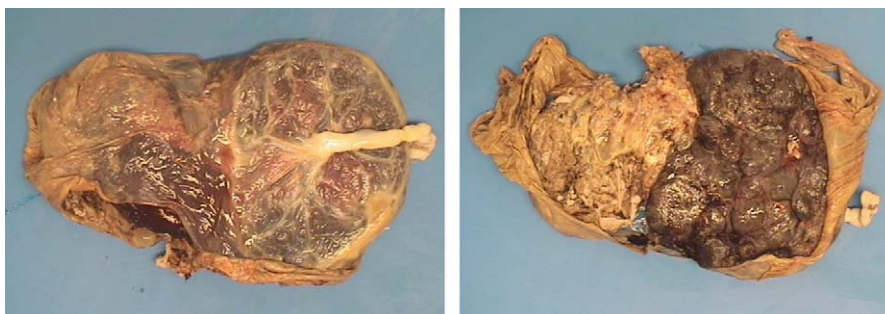


Figura 3 Imágenes macroscópicas de la placenta.

Discusión

Las gestaciones gemelares con mola hidatiforme y feto vivo se dan en 1/22.000–100.000 embarazos¹. En nuestro servicio (con 3.300 partos anuales) es el primer caso.

La mola completa es diploide y los 46 cromosomas son de origen paterno² por la fertilización de un óvulo con el núcleo ausente o inactivado.

Las series publicadas muestran una media en el diagnóstico de 18 semanas (14–21), igual que nuestro caso, a pesar de no haber controlado la gestación hasta las 20 semanas.

Es por ello que las características ecográficas descritas por Jauniaux y Nicolaides³ en 1997 a las 12–14 semanas de embarazo no pudieron ser apreciadas en nuestro caso, dado el control tardío de la gestación. Por el mismo motivo, no disponemos de α -fetoproteína ni de pregnancy associated plasma protein A (PAPP-A).

Los riesgos descritos que comportan estas gestaciones son tanto maternos como fetales: en el 42% (41/66) pérdida fetal, en el 62% (41/66) parto pretérmino, en el 76% (74/97) sangrado vaginal, en el 27% (25/92) preeclampsia, en el 23% (15/63) quistes ováricos tekaluteínicos, en el 6% (4/71) hipertiroidismo y en el 35% de los casos (61/174) persistencia de la enfermedad trofoblástica que requerirá quimioterapia⁴.

A pesar de esto, no se ha objetivado un aumento de las anomalías fetales⁵ y, por lo menos en las molas completas simples, no hay evidencia de que el retraso en la evacuación/parto aumente el riesgo de necesitar quimioterapia posteriormente⁶.

Así, si la madre está clínicamente bien, el feto es cromosómicamente normal y se desea continuar la gestación, podemos ofrecer una conducta expectante con

estrictos controles clínicos, ecográficos y analíticos en un centro especializado⁷.

Para concluir, queremos señalar que la ecografía puede identificar una gestación gemelar donde coexistan una mola y un feto normal. La resonancia magnética puede aportar imágenes que complementen el diagnóstico de esta entidad. El diagnóstico de esta entidad presenta dilemas importantes para la madre, que debe enviarse a un hospital terciario para control de la gestación por el alto riesgo de complicaciones maternas y fetales.

Bibliografía

1. Sebire NJ, Foscett M, Paradinas FJ, Fisher RA, Francis RJ, Short D, et al. Outcome of twin pregnancies with complete hydatidiform mole and healthy co-twin. *Lancet*. 2002;359:2165–6.
2. Kajii T, Ohama K. Androgenetic origin of hydatidiform mole. *Nature*. 1977;268:633–4.
3. Jauniaux E, Nicolaides KH. Early ultrasound diagnosis and follow-up of molar pregnancies. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 1997;9:17–21.
4. Wee L, Jauniaux E. Prenatal diagnosis and management of twin pregnancies complicated by a co-existing molar pregnancy. *Prenat Diagn*. 2005;25:772–6.
5. Schorge JO, Goldstein DP, Bernstein MR, Berkowitz RS. Recent advances in gestational trophoblastic disease. *J Reprod Med*. 2000;45:692–700.
6. Seckl MJ, Dhillon T, Dancey G, Foscett M, Paradinas FJ, Rees HC, et al. Increased gestational age at evacuation of a complete hydatidiform mole: Does it correlate with increased risk of requiring chemotherapy? *J Reprod Med*. 2004;49:527–30.
7. Jauniaux E, Bersinger NA, Gulbis B, Meuris S. The contribution of maternal serum markers in the early prenatal diagnosis of molar pregnancies. *Hum Reprod*. 1999;14:842–6.