

Embarazo molar parcial llevado a término

Reporte de un caso

López-Navarro Juan Manuel*, Rubén-Carletti Diego*, Martínez-Martínez Fátima Crystal*, Mendoza-Navarro Miguel Ángel*, González-Acevedo Julieta*, Martell-Palos Marisa*, González-Gutiérrez José Alberto*, Torres-Cabral Georgina**, Terrones-Saldívar Ma del Carmen**

Resumen

El embarazo molar constituye el espectro benigno de la enfermedad trofoblástica gestacional (ETG), la cual se manifiesta mediante dos entidades principales: la mola hidatiforme parcial (MHP) y la mola hidatiforme completa. El diagnóstico inicial de ETG se basa en una combinación de historia clínica, títulos de β -hCG y la ecografía pélvica. Los síntomas clínicos más frecuentes son el sangrado vaginal y la hiperemesis gravídica. Se presenta el caso de una paciente de 24 años de edad con diagnóstico de embarazo molar en la variedad de mola hidatiforme parcial que fue llevado a término mediante cesárea; se obtuvo producto femenino de 2,875 g y Apgar de 8-9. En la placenta se observaron estructuras vesiculares que fueron compatibles con el diagnóstico histopatológico de mola hidatiforme parcial. La madre y su recién nacida fueron dadas de alta por mejoría. Se revisa en este artículo aspectos acerca de su etiología, su frecuencia, diagnóstico y tratamiento. **LUXMÉDICA, AÑO 12, NÚMERO 35, ENERO-ABRIL 2017, PP 39-45.**

Palabras clave: mola parcial, producto de término

Abstract

Molar pregnancy represents the benign spectrum of gestational trophoblastic disease (GTD), which is manifested by two main subtypes: partial hydatidiform mole (PHM) and complete hydatidiform mole. The initial diagnosis of GTD is based on a combination of medical history, β -hCG titers, and pelvic ultrasound. The most frequent clinical symptoms are vaginal bleeding and hyperemesis gravidarum. We report the case of a 24-year-old female with a diagnosis of molar pregnancy with the partial hydatidiform mole variety, which was delivered by cesarean section, obtaining a 2,875 g female newborn with an Apgar of 8-9. Vesicular structures were observed in the placenta that was compatible with the histopathological diagnosis of partial hydatidiform mole. The mother and her newborn were discharged. This article reviews its etiology, frequency, diagnosis, and treatment. **LUXMÉDICA, AÑO 12, NÚMERO 35, ENERO-ABRIL 2017, PP 39-45.**

Keywords: partial molar pregnancy, full-term pregnancy

Introducción

El embarazo molar (EM) constituye el espectro benigno de la enfermedad trofoblástica gestacional (ETG), la cual se manifiesta mediante dos entidades principales: la mola hidatiforme parcial (MHP) y la mola hidatiforme completa (MHC). La importancia clínica de este padecimiento yace en el hecho de que puede pro-

* Estudiantes del noveno semestre de la carrera de Medicina del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

** Profesoras de Tiempo Completo del Departamento de Gineco-Obstetricia del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Fecha de recibido: 28 de junio 2016
Fecha de aceptación: 28 de noviembre 2016

Correspondencia: Dra en C Ma del Carmen Terrones Saldívar. Departamento de Gineco-Obstetricia y Pediatría. Centro de Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma de Aguascalientes. Edificio 107 planta alta. Avenida Universidad No 940 Ciudad Universitaria. Código postal 20131. Aguascalientes, Ags, México. Teléfono 01 (449)9108443 Correo electrónico mcterron@correo.uaa.mx

gresar hacia una neoplasia trofoblástica gestacional, lo cual, estadísticamente, ocurre en un 15-20% en los embarazos molares completos y en un 1-5% en las molas parciales.¹⁻³ La incidencia es muy variable a lo largo del mundo siendo los países asiáticos, como Japón, los poseedores de los porcentajes más altos. En México la incidencia es de 2.4 por cada 1000 embarazos.⁴⁻⁵

La MHC se origina por la fertilización de un óvulo vacío, el cual pierde su carga genética antes o inmediatamente después de la concepción, por un espermatozoide haploide. Al duplicar sus propios cromosomas, toma un patrón genéticamente diploide (46XX, mas común, o 46YY) pero no se produce un cigoto viable. En contraste, la MHP se produce cuando un óvulo es fecundado por dos espermatozoides. Este tipo de mola contiene feto, embrión o saco gestacional y su cariotipo es triploide en la mayoría de los casos 69XXY (70%), 69XXX (28%) y 69XYY (3%).^{1,6}

Patológicamente, en la mola hidatiforme (MH) existe una proliferación anormal de células sincitiotrofoblásticas y citotrofoblásticas que resultan de la inflamación generalizada de las vellosidades coriónicas. En la MHC la inflamación es más severa y por eso no suele haber embrión.⁶

El diagnóstico inicial de ETG se basa en una combinación de historia clínica, examen, títulos de β -hCG y la ecografía pélvica. El síntoma clínico más frecuente es el sangrado transvaginal del primer trimestre de la gestación. Síntomas inespecíficos como por ejemplo náuseas o hemoptisis sólo pueden ser diagnosticadas después de la extensión del tumor a los diferentes órganos. El ultrasonido es el primer estudio para el diagnóstico de una MH ya que un solo suero anormalmente elevado de β -hCG puede deberse a una gestación múltiple. La ecografía transvaginal proporciona mejores detalles y suele evidenciar un útero aumentado de tamaño con una masa heterogénea de endometrio y lesiones, clásicamente descrita como "tormenta de nieve" o "granular" debido a los múltiples focos ecogénicos.^{7,8} Es importante tener en cuenta que sólo el 40-60% de MHC es detectado por ecografía, además, el 10% de la sospecha basada en ultrasonidos llegan a ser abortos no molares en la revisión histológica, por lo tanto, un examen histológico del material de cualquier embarazo no viable es obligatorio.⁷

El estándar de oro en el tratamiento del EM es la dilatación y legrado por succión bajo visión ecográfica, para evitar la perforación del útero. Sin embargo, en algunas situaciones, coexiste un feto vivo con la mola.⁹⁻¹¹ Por lo tanto el tratamiento dependerá de los riesgos de la paciente y de su decisión de continuar.

Una vez evacuado el útero, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) recomienda realizar controles semanales de β hCG hasta registrar un nivel normal de β hCG en dos mediciones consecutivas, seguido de revisión mensual durante los siguientes tres a seis meses. La MHC requiere revisión mensual durante todo un año.⁶ Cuando la paridad no está satisfecha, se reco-

mienda un nuevo embarazo después de un año como mínimo, por lo que debe alentarse el uso de anticonceptivos hormonales.⁷

Para la búsqueda de proliferación de la enfermedad a otros órganos están indicadas: la ecografía dúplex de la pelvis, la tele de tórax y en algunos casos resonancia magnética de la pelvis y el cerebro.⁸ Los pacientes que tienen una histología de un embarazo molar se les deben revisar los niveles de β hCG 6 y 10 semanas después de cada embarazo posterior, para detectar una posible recaída de enfermedades molares anteriores.⁶

Existen casos de enfermedad trofoblástica persistente (ETP) o metastásica que requieren quimioterapia como parte del tratamiento. Cuando se encuentran tres o más niveles de β hCG elevados equivalentes durante un periodo de al menos tres semanas o un aumento 10% o más de la β hCG es indicativo de enfermedad persistente. Hallazgos anormales radiológicamente mayores de dos cm (especialmente cerebro, el hígado o el pulmón) o verificación histológica de coriocarcinoma y metástasis, son otras razones para el tratamiento quimioterapéutico. Además, las mujeres con sangrado vaginal abundante, hemorragia gastrointestinal que requiere transfusiones o los niveles de β hCG por encima de 20 000 UI / l después de cuatro semanas siguientes a la evacuación del embarazo molar deben recibir la misma conducta.⁶

Debido a lo anterior, la resolución más apropiada del EM sería la interrupción del embarazo, espontánea o provocada, con seguimiento seriado de subunidad beta HCG hasta su negativización, razón por la cual cobra importancia clínica el caso presentado a continuación.

Presentación del caso clínico

Paciente femenina de 24 años de edad, gesta 4, para 3, quien acude a las 28.1 semanas de gestación (SDG) al servicio de consulta externa de un hospital de segundo nivel de atención, en donde se confirma el diagnóstico de mola hidatiforme parcial con producto vivo aparentemente normoevolutivo de 1180 g, con una frecuencia de 143 latidos por minuto y una placenta fúndica. Dicho diagnóstico fue realizado previamente mediante ultrasonido (US) a las 16.3, 18.3 y 20.2 semanas de gestación (figuras 1, 2 y 3), realizados fuera de la institución. A las 29.1 SDG se inicia tratamiento diario con 200 mg de fumarato ferroso, 150 mg de ácido acetil salicílico (AAS) y 500 mg de calcio. Un mes después se suspende el AAS. Se continúa con siete citas de control prenatal en donde la paciente se refiere asintomática, los niveles de gonadotropina coriónica humana (hCG) se encontraron con un mínimo de 4262 U/ml y un máximo de 5888 U/ml, las pruebas de funcionamiento hepático fueron normales, con un fondo de útero adecuado a las SDG y, además, los resultados fetométricos por US y registro cardiotocográfico estuvieron normales.

La paciente acude a urgencias a las 37.5 SDG por la presencia de actividad uterina irregular, intermitente y de intensidad leve a moderada, sin síntomas agregados, con movimientos fetales presentes. A la exploración se encuentra producto en posición longitudinal y en presentación pélvica. Al tacto vaginal existe vagina eutérmica con cérvix posterior de consistencia blanda, 1 cm de dilatación, 50–60 % de borramiento con membranas íntegras y producto libre. En los estudios de laboratorio se obtienen resultados de biometría hemática, tiempos de coagulación y química sanguínea normales. Al siguiente día, tras presentar nuevamente actividad uterina y sin mostrar cambios cervicales, es referida al servicio de tococirugía para interrupción del embarazo, se realiza cesárea corporal + OTB, obteniéndose producto único vivo femenino de 37 semanas con un peso de 2875 g, Apgar de 8-9, sin malformaciones aparentes. También se descubre un líquido amniótico claro con grumos y una placenta aumentada de tamaño con presencia de múltiples vesículas (figura 4). Se realiza revisión manual de cavidad uterina hasta negativizar restos. La paciente se encuentra sin complicaciones.

En el informe histopatológico se reporta una placenta de 16 x 15 x 9 cm, en la cara fetal se identifican vellosidades y abundantes vesículas, cara materna sin alteraciones. Cordón umbilical corto de 13 cm con 1 cm de diámetro y adecuada inserción. Se determinó el diagnóstico de mola incompleta.



Figura 1. Ultrasonido que muestra mola incompleta, producto de 16.3 semanas de gestación.



Figura 2. Ultrasonido que muestra la imagen compatible con mola incompleta, producto de 18.3 semanas de gestación.

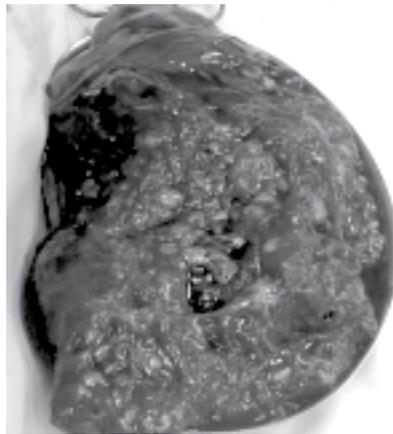


Figura 4. Imagen macroscópica, placenta con presencia de múltiples vesículas. El diagnóstico histopatológico fue de mola incompleta.

Discusión

La incidencia real de la coexistencia de MHP con producto viable es incierta. Algunos artículos mencionan que su frecuencia es de 1 en 20,000 a 120,000 embarazos, incluso de hasta 1 en 1,000,000 de embarazos,^{3,9,10} sin embargo, dicho dato estadístico representa una interpretación errónea de artículos previos, ya que tal incidencia corresponde a la presencia de embarazo gemelar con mola hidatidiforme y un feto normal (EGMHFN),¹² siendo corroborado en artículos recientes,² por lo que consideramos que no se encuentran datos estadísticos confiables en la literatura, pudiendo ser incluso más raro que el EGMHFN, en el cual se observa mediante US una placenta quística, así como un feto y una placenta normal o con menor frecuencia; ambas placentas aparecen como una sola, por lo que en esta situación es difícil distinguirlo de una MHP con producto viable, debiendo realizarse un estudio de la ploidía y del origen parental del genoma determinado en biopsias de placenta.² En el caso que aquí reportamos no se realizaron dichas determinaciones de cariotipo ni moleculares, por lo que una limitación del presente artículo es que el diagnóstico

únicamente fue confirmado mediante estudio anatomopatológico.

El diagnóstico, realizado fuera de la institución donde se llevó a cabo el control, fue llevado a cabo mediante US del segundo trimestre del embarazo, el cual tiene una sensibilidad del 48%, teniendo una mejor detección de EM después de la semana 14 de gestación. La MHP en ocasiones se observa con un feto muerto y raramente con un feto vivo, el cual suele presentar retraso del desarrollo o puede tener malformaciones,² sin embargo, la recién nacida del caso clínico mostrado no presentó alguna de ellas. En caso de EM con feto vivo con biometría normal se debe sospechar de EGMHFN,² aunque las condiciones del hospital no permitieron realizar dicho procedimiento diagnóstico.

Los síntomas más comunes de EM como sangrado vaginal (69-89%), útero aumentado de tamaño respecto a la edad gestacional (28-33% en EMC), hiperemesis (8-22%) y preeclampsia o hipertensión (1-3%) se presentan de forma menos pronunciada en la MHP.^{2,4} Desconocemos si la paciente presentó dichas manifestaciones durante el primer o segundo trimestre de la gestación, sin embargo durante el

tercer trimestre del embarazo en ningún momento refirió alguno de los síntomas, probablemente relacionado con los niveles poco incrementados de β hCG que mostró durante el mismo, donde en el caso de MHP sólo en <10% de los casos son > 100,000 U/ml.³

Desde que se iniciaron las consultas de control en el hospital a las 28.1 SDG se permitió que el embarazo continuara empíricamente, debido a que la paciente no presentó ninguna complicación, además de que la morbilidad materna de ETP o metastásica no parece estar asociada con la edad gestacional de terminación, y que la adquisición de una recién nacida sana era factible.^{2,3}

La histerectomía puede ser considerada en aquellas mujeres que no desean conservar su fertilidad sin embargo, no elimina el

riesgo de ETP (3-5%) y aun así se requiere llevar a cabo el seguimiento. En este caso la paciente tenía paridad satisfecha pero, ya que no presentaba factores de riesgo de ETP como edad de 35-40 años, EM de repetición ni hCG > 100,000 U/ml, se decidió realizar OTB, lo cual cumple con el objetivo de evitar el embarazo durante al menos un año.⁷

El riesgo de recaída después de una MHP es de 1/3000 y en la mitad de los casos se encuentran niveles indetectables de β hCG a los 2 meses tras la evacuación del útero, sin embargo debe realizarse el seguimiento semanal en todos los casos. Así mismo se recomienda medir el nivel sérico inicial de hCG inmediatamente antes (o máximo 24 horas después) de vaciar el útero para ver el comportamiento de la hormona.¹²

Conclusiones

La evolución adecuada de este caso, nos deja ver que a pesar de que el tratamiento del embarazo molar parcial con feto vivo sigue siendo controvertido, en ausencia de malformaciones fetales o complicaciones maternas se puede continuar la gestación bajo un control estricto.

Bibliografía

1. Ansar Hussain, Aejaz Aziz Shiekh, Gul Mohd Bhat, and A. R. Lone. Gestational trophoblastic neoplasia, management as per risk stratification in a developing country. *Indian J Med Paediatr Oncol.* 2016 Jan-Mar; 37(1): 28–31. [PMCID: PMC4795371]
2. Niemann I, Vejerslev L, Frøding L. Gestational Trophoblastic diseases clinical guidelines for diagnosis, treatment, follow-up, and counselling. *Dan Med J.* 2015; 62: 1-19.
3. Wang Y, Qian H, Wang J. Medical termination of a partial hydatidiform mole and coexisting fetus during the second trimester: a case report. *Oncology Letters.* 2015; 10: 3625-3628.
4. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional, México; Secretaría de Salud, 2009.
5. Kitange Bernard, Matovelo Dismas, Konje Eveline, Massinde Anthony, Rambau Peter. Hydatidiform moles among patients with incomplete abortion in Mwanza City, North western Tanzania. *African Health Sciences* 2015;15(4):1081-1086.
6. Stevens FT, Katzorke N, Tempfer C, Kreimer U, Bizjak GI, Fleisch MC, Fehm TN. Gestational Trophoblastic Disorders: An Update in 2015. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2015 Oct; 75(10): 1043–1050.
7. Braga Antonio, Moraes Valeria, MD, Maesta Izldinha, Amim Joffre, de Rezende-Filho Jorge, Elias Kevin, Berkowitz Ross. Changing Trends in the Clinical Presentation and Management of Complete Hydatidiform Mole Among Brazilian Women. *International Journal of Gynecological Cancer & Volume 00, Number 00, Month 2016.*
8. Sunita Dhanda, Subhash Ramani, and Meenkashi Thakur. Gestational Trophoblastic Disease: A Multimodality Imaging Approach with Impact on Diagnosis and Management. *Hindawi Publishing Corporation; Radiology Research and Practice; Volume 2014, Article ID 842751, 12 pages [http://dx.doi.*

- org/10.1155/2014/842751].
9. Morales García Víctor, Bautista Gómez Esperanza, Vásquez Santiago Edmundo, Santos Pérez Úrsula. Embarazo molar parcial: reporte de un caso y revisión de la bibliografía. *Ginecol Obstet Mex* 2011; 79 (7):432-435.
 10. Juárez Azpilcueta Arturo, Islas Domínguez Luis, Durán-Padilla Marco Antonio. Mola hidatidiforme parcial con feto vivo del segundo trimestre. *Rev chil obstet ginecol* 2010; 75(2): 137-139.
 11. Sebire Neil J, Foskett Marianne, Paradinas Fernando J, Fisher Rosemary A, Francis Ros J, Short Delia, Newlands Edward S, Seck Michael J. Outcome of twin pregnancies with complete hydatidiform mole and healthy co-twin. *Lancet* 2002? 359: 2165-2166.
 12. Steller M. Genest D. Berstein M. et al. Natural history of twin pregnancy with complete Hydatidiform mole and coexisting fetus. *Obstetrics & Gynecologi*. 1994; 83: 35-42.