



# EMBARAZO GEMELAR DE MOLA INCOMPLETA CON FETO DE TERMINO Y ÉXITO PERINATAL. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA



Departamento de Ginecología y Obstetricia.

Hospital Universitario "Dr. José Eluterio González", Universidad Autónoma de Nuevo León.

Abel Guzmán López; Gustavo Adolfo Gallart Siller; Andrés Murillo Mendoza; Omar Treviño Cavazos; Juan David Suárez Moreno

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad trofoblástica gestacional es una condición clínica de células trofoblásticas aberrantes que abarca una gama de condiciones benignas a malignas.(3) La incidencia de Enfermedad trofoblástica gestacional en México se ha reportado de 2.4 por cada 1000 embarazos.(4) Siendo una mola hidatiforme con un feto normal aún extremadamente más raro con una incidencia de 1/100 000 embarazos a nivel mundial, teniendo en cuenta que esta normalmente termina en muerte intrauterina.(7)(2) La gran mayoría de estos casos hablan sobre la incidencia con mola completa, siendo la coexistencia con mola parcial aún menos frecuente, habiéndose encontrado solo un caso con éxito perinatal y recién nacido sano de término, teniendo este como el único caso en México.

A pesar de que existen factores que ponen en riesgo la vida de la madre, el manejo expectante debe ser una opción. Aquí, mostramos el manejo expectante de una mola hidatiforme parcial y feto normal coexistente, con desenlace favorable para la madre y el feto.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 25 años de edad, gesta 2 aborto 1, sin antecedentes de importancia; cursando embarazo logrado a través de estimulación ovárica, con embarazo gemelar dicigótico de 37 semanas, gemelo A pelvico, gemelo B mola parcial e Hipertiroidismo subclínico secundario a enfermedad trofoblástica.

Refiere control prenatal desde primer trimestre, con diagnóstico de embarazo gemelar dicigótico, gemelo A vivo con crecimiento fetal normal y gemelo B probable mola completa, se realizó toma de biopsia de placenta reportándose grupos celulares de aspecto trofoblástico positivo para anticuerpos P57, integrándose diagnóstico de mola parcial en Gemelo B y refiriéndose a tercer nivel.

Durante su valoración cursando embarazo de 22.3 semanas, asintomática, se realizó ultrasonido anatómico encontrándose sin defectos estructurales (Figura 1), e imagen en panal de abeja sugestiva de enfermedad trofoblástica (Figura 2), sin quistes tecoluteínicos, TSH menor a 0.005 mUI/ml y concentración de  $\beta$ -hCG de 606,208mUI/ml, diagnosticándose hipertiroidismo subclínico sin necesidad de tratamiento; Se explicó a paciente riesgos y complicaciones decidiendo continuar con el mismo.

Durante su embarazo las B-hCG continuaron en descenso hasta 18,862mUI, se decidió la interrupción del embarazo a la semana 37 de gestación vía cesárea por enfermedad trofoblástica y producto pélvico. Se obtuvo un recién nacido sano masculino, con peso de 2560 g, 47cm Capurro de 37.2 semanas, APGAR 8/9 con placenta normal (Figura 3) y se realizó legrado de cavidad uterina mostrando tejido molar con abundantes vesículas (Figura 4), anexos normales, resto de procedimiento sin complicaciones.



Figura 4.

Continuo en monitoreo durante puerperio con concentración de la fracción  $\beta$ -hCG en 5.48 mUI/mL y perfil tiroideo normal a la tercera semana. Se reportó anatomía patológica: Enfermedad del trofoblasto benigna (Mola parcial) (Figura 5), Marcador De Inmunohistoquímica Para P57 Positivo (Figura 6). continuó con monitoreo de fracción  $\beta$ -hCG seriadas, hasta mostrarse negativas.



Figura 1.



Figura 2.

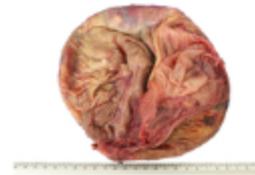


Figura 3.

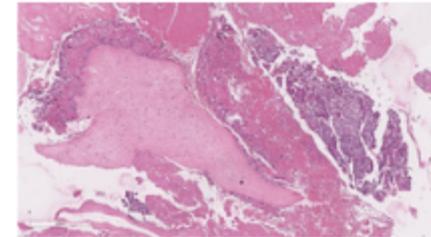


Figura 5. Hye al x10, se observa al centro una vellosidad con degeneración hidrópica y algunos eritroblastos inmersos en el estroma, alrededor de esta se observa proliferación de trofoblasto de forma polarizada.

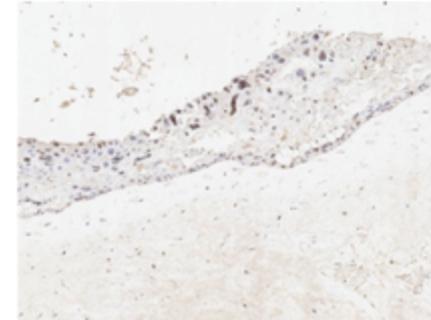


Figura 6. Ihq p57 al 10x, muestra una positividad en el trofoblasto y estroma de las vellosidades de manera nuclear.

## DISCUSIÓN

La incidencia de mola parcial con feto vivo es extremadamente rara de 1 por cada 100,000. (7) Su patogenia se relaciona con la dispermia y la formación de un cigoto triploide generalmente. En los últimos años se ha encontrado un aumento de molas completas y parciales concomitantes con feto vivos, debido al uso citrato de clomifeno como en el caso de nuestra paciente.(5) En este caso se trata de la coexistencia de un embarazo gemelar dicigótico en el cual se presentó un primer cigoto diploide y un segundo triploide que causó la mola parcial en este último pudiendo ser secundario a la fecundación de 2 espermatozoides haploides a un ovocito normal o la fecundación de 1 espermatozoide diploide a 1 ovocito normal.

En primera instancia se pensó en embarazo gemelar con mola completa en gemelo B debido a las características ecográficas, sin embargo se sabe que el ultrasonido es un estudio con poca especificidad para diferenciar mola parcial y mola completa; La tinción inmunohistoquímica para la proteína p57KIP2 es una herramienta de diagnóstico confiable para distinguir entre mola parcial y completa. Confirmando la enfermedad trofoblástica.

## CONCLUSIONES

Dado que el pronóstico del embarazo difiere mucho entre un embarazo molar parcial con feto vivo, y un gemelar que contenga feto sano y mola parcial o completa, es de suma importancia realizar un diagnóstico adecuado y certero el cual en algunas ocasiones se dificulta por ecografía. En estos casos se prefiere la amniocentesis y biopsia de vellosidades coriales, para establecer diagnóstico y pronóstico.

En el embarazo molar con feto vivo el tratamiento expectante puede ser una opción en pacientes con deseo genésico futuro, mientras las condiciones materno-fetales lo permitan. Se sugiere establecer el diagnóstico certero temprano y seguimiento prenatal estrecho. La interrupción del embarazo debe individualizarse.

[1]Lurain JR. Gestational trophoblastic disease I: epidemiology, pathology, clinical presentation and diagnosis of gestational trophoblastic disease, and management of hydatidiform mole. Am J Obstet Gynecol 2010 Dec;203 (6):531-9.

[2] Gupta K, Venkatesan B, Kumaresan M, et al. Early Detection by Ultrasound of Partial Hydatidiform Mole With a Coexistent Live Fetus. WMJ. 2015; 114(5): 208-11; quiz 212, indexed in Pubmed: 26726342.

[3]Toicha, F. D., Usman, A. K., Senbeta, H. B., & Tadesse, T. M. (2022). A twin pregnancy of partial mole coexisting with a normal fetus: A case report. International Medical Case Reports Journal, Volume 15, 275-280. <https://doi.org/10.2147/imcrj.s362339>

[4]Morales GV, Bautista GE, Vásquez SE, et al. Embarazo molar parcial: reporte de un caso y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex. 2011;79(07):432-435.

[5]Shazly SA, Ali NK, Abdel Badee AY, Alsokary AB, Khodary MM, Mosaafa NA. Twin pregnancy with complete hydatidiform mole and coexisting fetus following ovulation induction with a non-prescribed clomiphene citrate regimen: A case report. J Med Case Rep 2012;6:95.

[6]Gupta M, Vang R, Yemelyanova AV, et al. Diagnostic reproducibility of hydatidiform moles: ancillary techniques (p57 immunohistochemistry and molecular genotyping) improve morphologic diagnosis. Am J Surg Pathol. 2012; 36(3): 443-453, doi: 10.1097/PAS.0b013e31823b139e, indexed in Pubmed: 22245958.

[7]Gajewska, M., Zygula, A., Wielgos, M., & Szweczyk, G. (2020). Twin pregnancy with a partial hydatidiform mole and a coexistent live fetus. diagnostic and therapeutic dilemmas. A case report and the review of literature. Ginekologia Polska, 91(10), 589-594. <https://doi.org/10.5603/gp.a2020.0109>.